N° 4

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MIGRAINE DITE OPHTALMIQUE

ET DE SES DIVERSES MANIFESTATIONS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Février 1884

PAR

Marcien ROBIOLIS

Né à Breil (Alpes-Maritimes).

Ancien Interne à l'Asile Saint-Pierre (Concours 1881).

Lauréat du Comité médical (Concours 1882 et 1883).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE BOEHM ET FILS

IMPRIMEURS DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES

ÉDITEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL, DE LA REVUE DES SCIENCES NATURELLES,

DE LA SOCIÉTÉ LANGUEDOCIENNE DE GÉOGRAPHIE.

1884

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. J. BENOIT ❈ ✠........ Doyen
CASTAN .... } Assesseurs
COMBAL ❈ .... }

PROFESSEURS :

Opérations et Appareils........................	MM. BOUISSON. O ❈ ✠, Doy. H.
Pathologie externe................................	BOYER ❈.
Accouchements......................................	DUMAS ❈.
Clinique médicale...................................	DUPRÉ ❈ C ✠.
Anatomie..	BENOIT ❈ ✠.
Clinique médicale..................................	COMBAL ❈ ✠
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	CAVALIER ❈.
Physique médicale..................................	MOITESSIER ❈.
Anatomie pathologique et Histologie............	ESTOR.
Médecine légale et Toxicologie..................	JAUMES
Clinique chirurgicale.............................	DUBRUEIL ❈.
Chimie médicale et Pharmacie..................	ENGEL.
Hygiène..	BERTIN-SANS.
Pathologie interne................................	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale.............	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale........	PLANCHON ❈ ✠.
Physiologie (Chargé du Cours)..................	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale............................	N...

MARTINS (O ❈) FONSSAGRIVES (O ❈) COURTY (❈), Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES:

Clinique des maladies des enfants...........	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées..	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards...........	HAMELIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. JACQUEMET.
DE GIRARD.
SERRE.
ROUSTAN.
CARRIEU.
MAIRET.

MM. CHALOT.
BIMAR.
LANNEGRACE.
MOSSÉ.
REGIMBEAU ❈.
TÉDENAT.

MM. DUMAS fils.
BLAISE.
BAUMEL.
VILLE.
GRANEL.

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. GRASSET, *président*;
COMBAL, professeur;
MAIRET, agrégé;
BAUMEL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Recevez ici l'expression de ma vive gratitude pour tous les sacrifices que vous vous êtes imposés.

A LA MÉMOIRE DE MES MAITRES REGRETTÉS
Les Professeurs A. FABRE et A. RICHAUD

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur NICATI

Professeur d'Ophtalmologie.

M. ROBIOLIS.

A MONSIEUR CARTOUX

Directeur de l'Asile Saint-Pierre à Marseille.

M. ROBIOLIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur J. GRASSET

Professeur de Thérapeutique et Matière médicale

M. ROBIOLIS.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

MARANDON DE MONTYEL, PONS ET ABRAM

Mes anciens Chefs de service.

A Monsieur COURCHET

Pharmacien supérieur, chargé de Cours à l'École supérieure de Pharmacie de Montpellier.

A mon cousin le Docteur Jules TRUCHI

A MON COLLÈGUE ET AMI LE DOCTEUR A. TALON

MEIS ET AMICIS

M. ROBIOLIS.

AVANT-PROPOS.

Avant de commencer, nous avons un premier devoir à remplir, une dette importante à payer : la dette de la reconnaissance.

Nous sommes heureux d'exprimer ici toute notre gratitude à M. le Dr Nicati, notre Maître, pour l'attachement qu'il n'a cessé de nous témoigner et les bons conseils qu'il nous a toujours prodigués. Nous n'oublierons pas combien ses larges connaissances pratiques ont facilité notre tâche.

M. le Dr Perret, médecin major du 40e de ligne, a, lui aussi, droit à tous nos remerciements.

Merci à mon excellent cousin le Dr Jules Truchi, dont le concours dévoué nous a été si utile dans maintes circonstances.

Qu'il nous soit permis enfin de témoigner toute notre reconnaissance à M. le professeur Grasset, du bienveillant accueil que nous avons reçu alors que nous lui étions complètement inconnu, et de l'honneur qu'il nous fait d'accepter la Présidence de notre travail inaugural.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MIGRAINE DITE OPHTALMIQUE

ET DE SES DIVERSES MANIFESTATIONS

DIVISION DU SUJET.

L'expression migraine ophtalmique, généralement employée aujourd'hui pour désigner cet ensemble de phénomènes que nous allons décrire, est loin de rendre entièrement compte de la nature de l'affection. Plusieurs auteurs ont cherché d'autres désignations. Elle a été décrite sous le nom d'irisalgie ou migraine oculaire par Piorry, de scotome scintillant hémiopique par Mauthener, de théichopsie par Airy, d'amaurose partielle fugace par Forster, de scotome scintillant par Listing et Dianoux. Mais ces dénominations ont toutes le grand tort de n'envisager qu'un seul côté de la question et de rendre plus incompréhensible encore sa véritable nature.

Il s'agit ici, en effet, d'une de ces affections complexes qui peuvent atteindre le cerveau à la fois dans sa sphère sensitive, motrice et intellectuelle.

Adoptant les idées de notre Maître M. le Dr Nicati, nous avons admis avec lui qu'il doit exister des migraines auditives, olfactives et gustatives qui accompagnent la migraine ophtalmique

ou qui peuvent exister seules. Or nous voulons, nous appuyant sur les observations relativement nombreuses dont nous disposons, essayer une description générale de l'affection si complexe qui constitue selon nous la migraine ophtalmique.

Cela dit, nous diviserons notre travail de la manière suivante : 1° Historique ; 2° Étiologie ; 3° Symptomatologie, dans laquelle nous étudierons :

A. Troubles de la sensibilité spéciale.
- Migraine ophtalmique.
- — auditive.
- — gustative.
- — olfactive.

B. Troubles de la sensibilité générale.
C. Troubles de la motilité.
D. Troubles de l'intelligence.

Nous terminerons par quelques considérations sur la pathogénie, le pronostic, le diagnostic et le traitement.

Cela fait, nous solliciterons pour notre modeste travail toute l'indulgence de nos Juges !

HISTORIQUE.

Vater signale, pour la première fois, en 1733, dans une dissertation latine à Vittemberg, trois cas d'hémiopie passagère.

Vollaston [1], atteint lui-émme d'hémiopie, a décrit son propre cas. A lui revient l'honneur d'en avoir donné une bonne description.

Arago [2] traduisit le travail de Vollaston, en y ajoutant sa propre observation ; mais il laissa complètement de côté la question physiologique, voulant uniquement éviter une cause d'erreur chez les astronomes.

[1] Philosophical Transactions, 1824.
[2] Annales de Chimie, tom. XXII, pag. 109, 1824.

Piorry[1] est le premier qui ait donné de la migraine et du scintillement une description exacte.

Pelleton[2] ajoute quelques considérations secondaires à la description de Piorry.

En 1841, Thyrrell[3] fait de l'hémiopie une amaurose fonctionnelle due à un trouble général.

Sir David Brewster[4] étudie la condition optique de la rétine sous l'influence d'un accès, et déclare y avoir constaté un spasme des vaisseaux.

En 1865, Airy[5] donne une bonne description du scotome et du scintillement.

En 1865, Testelin[6] relate trois nouveaux faits.

En 1866, Liesing et Ruete donnent une description de l'hémiopie passagère.

En 1867, Forster soulève au Congrès ophtalmologique d'Heidelberg une intéressante discussion à ce sujet. En 1869, il décrit l'affection sous le nom de : *Amaurosis partialis fugax* (*Klinik Monatsblast*).

En 1870, Szokalski[7] donne sa propre observation. Chez lui, les phénomènes durent peu. Ils sont accompagnés de légers vertiges et de sentiment de pesanteur dans le bras et une jambe.

La même année, Airy[8] complète sa première description et parle des troubles du langage et de l'ouïe. Il a remarqué aussi des symptômes hémiplégiques.

En 1872, Szokalski[9] signale des accès d'un quart d'heure,

[1] Mémoire sur la Migraine, 1831.
[2] Coup d'œil sur la Migraine.
[3] Cyclopedia of practical surgery, 1841.
[4] Philosophical Magazine, 1865, june, pag. 503.
[5] *Ibid.*, july 1865.
[6] Supplément au Traité des Maladies des yeux de Mackensie.
[7] Phosphene besonderer, art. klin. Monatsbl. f. Augenh., pag. 146.
[8] Hubert; On a distinct form of transiens hemopsia. Philos. Transact., vol. CLX.
[9] Fall. von Flammerscotom, M. d. Warschauer Ærzt. Ges., pag. 278.

pendant lesquels de forts caractères n'étaient pas reconnus.

En 1873, Lieving rappelle les observations de Piorry, de Parry, Airy, Vollaston. Il ne considère les troubles visuels que comme une phase de la migraine et les localise dans les ganglions sensoriels du cerveau.

Les auteurs de l'article *Migraine* du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* paraissent complètement ignorer les publications d'Airy, Listing, Testelin et Forster, et ne rappellent que Piorry, dont ils rapportent la description.

En 1874, Wecker publie dans la *Thérapeutique oculaire* un article sur le scotome scintillant.

Dianoux[1], atteint lui-même de cette affection, en fait, en 1875, le sujet de sa thèse inaugurale.

En 1876, Hirtz ne mentionne même pas le scotome scintillant dans son article *Migraine* du *Nouveau dictionnaire* de Jaccoud.

En 1877, Forster (*Handbuch der Ges. Augenheilkunde*) déclare que Ruete aurait, d'après lui, donné la première description du phénomène. Il donne la description de Ruete et une nouvelle description à lui.

En 1878, Galzowski fait une étude de la migraine ophtalmique.

En 1881, paraît le mémoire de Féré[2], qui à l'exemple de son Maître, M. le professeur Charcot, insiste sur quelques particularités importantes au point de vue du pronostic.

En 1882, Charcot[3] publie une leçon sur un cas de migraine ophtalmique ayant précédé la paralysie générale, et Féré[4] un nouveau mémoire sur l'amblyopie croisée et l'hémiopsie.

[1] Thèse de Paris, 1875.

[2] Contribution à l'étude de la migraine opthalmique, 1881.

[3] *Progrès médical*, 1883.

[4] Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales. (Amblyopie croisée et hémianopsie. Paris, 1882.)

En 1883, Parinaud[1] relate une nouvelle observation de paralysie générale ayant débuté par la migraine ophtalmique.

M. le professeur Grasset[2] propose, la même année, un nouveau schéma sur le trajet des fibres optiques dans le cerveau.

Enfin, en juillet, paraît la thèse de Raullet[3]: *Étude sur la migraine ophtalmique.*

ÉTIOLOGIE.

La migraine dite ophtalmique est commune aux deux sexes, assez rare avant l'âge de 20 ans et après 60. Galezowski en a trouvé un cas de 7 à 8 ans, six de 10 à 20 et un seul à 80 ans. Charcot parle également d'une jeune fille dont les accès auraient débuté à l'âge de 9 ans.

Les professions paraissent exercer une grande influence sur son développement. C'est plutôt une affection des gens aisés, et, parmi ceux-ci, de ceux qui s'adonnent aux travaux d'esprit. Les médecins, les avocats, les professeurs, lui payent un large tribut. Nous n'avons constaté qu'un seul cas de migraine ophtalmique sur les seize cents malades qui se sont présentés au dispensaire ophtalmologique gratuit de notre Maître M. le Dr Nicati, dans tout le courant de l'année 1883. Nous en avons relevé au contraire une quinzaine dans les registres de son cabinet payant, sur un total de six cents malades.

Nous avons noté quelquefois le rhumatisme, la goutte, rarement des affections nerveuses, chez les ascendants.

Les anémiques et les hémorrhoïdaires sont assez sujets à cette affection ; le plus souvent cependant elle affecte des sujets d'une bonne santé habituelle.

[1] Archives de Neurologie, 1883, tom. V, pag. 57.

[2] De l'amblyopie croisée et de l'hémianopsie dans les lésions cérébrales, *Montpellier médical,* janvier 1883.

[3] Thèse de Paris, juillet 1883.

L'affection morbide établie chez un individu, quelles sont les causes qui en favorisent les accès ? Chez l'un, ce sont les voyages, le changement de climat, le changement d'heures dans le repas ; chez l'autre, c'est une lecture, c'est un travail intellectuel trop prolongés ; chez d'autres enfin, c'est l'abus du tabac, des liqueurs, c'est un repas insuffisant, un état dyspepsique, etc.

Airy rapporte que plusieurs membres de sa famille sont atteints de cette affection. Il incrimine le trop ou trop peu de mouvement, un travail suivi, le changement brusque de l'atmosphère ou du genre de vie, le défaut de sommeil.

Frankenhaüser [1] signale des cas d'hémiopie chez les femmes enceintes.

Mauthener cite, lui aussi, le cas d'une femme qui en était plus souvent atteinte pendant la grossesse.

Dans notre première observation, les accès ont paru après l'accouchement.

SYMPTOMATOLOGIE.

DESCRIPTION GÉNÉRALE D'UN ACCÈS.

Beaucoup d'auteurs, quelques-uns atteints de migraine ophtalmique, ont donné une description très exacte de cette affection. Les travaux récents de M. le professeur Charcot ont attiré l'attention des cliniciens, le savant professeur ayant rapporté des faits qui tendent à démontrer que le pronostic doit être très réservé dans certains cas.

Les troubles oculaires (scotome proprement dit) ouvrent presque toujours la scène ; le scintillement vient ensuite, puis la migraine avec son cortège habituel: les nausées et les vomissements.

[1] Correspondenz Blatt für Schweizer Ærzte, pag. 460, 1870.

PREMIÈRE OBSERVATION (inédite).

Mme S.... est atteinte de scotome scintillant depuis trois mois, quatre à cinq jours après ses couches. Elle commence par éprouver un obscurcissement de la vue : c'est un nuage, ou mieux un voile qui passe devant ses yeux et surtout devant l'œil droit. Le voile disparaît bientôt, pour faire place à une sensation lumineuse qu'elle compare à une roue ou à une étoile. La tempe gauche devient ensuite le siège d'une douleur intense qui ne tarde pas à lui provoquer des nausées et des vomissements.

Le plus souvent l'accès se termine là, mais quelquefois il se présente sous un aspect beaucoup plus sérieux. Il s'accompagne alors de troubles de la sensibilité et de la motilité, « migraine ophtalmique compliquée de Féré [1] ».

Chacun de ces symptômes peut apparaître isolément: « migraine fruste ». D'autres fois les troubles visuels semblent se manifester périodiquement et isolément ; mais quelques jours après, les nausées et les vomissements entrent en scène et terminent l'accès : « migraine dissociée ».

Nous avons dit que l'accès débutait par l'obscurcissement de la vue. Quelquefois cet obscurcissement n'offre rien de particulier; c'est une simple obnubilation qui disparaît bientôt. Il ne s'agit tantôt que d'un rétrécissement du champ visuel n'affectant aucune forme spéciale ; d'autres fois la cécité peut être complète. Certains malades affirment que dans quelques cas un œil est seul atteint. C'est là, croyons-nous, une erreur qui se présente uniquement chez les personnes peu habituées à s'observer attentivement.

Le plus souvent le trouble visuel est de forme hémiopique. La sensation lumineuse, ou photopsie, apparaît quelques secondes après. Celle-ci siège habituellement à la périphérie du scotome,

[1] Contribution à l'étude de la migraine ophtalmique, 1881.

mais quelquefois elle prend totalement sa place et peut occuper le milieu du champ visuel ou même exister seule. Dans l'Observation IV du Dr N..., les phénomènes lumineux apparaissent et disparaissent, permettant à chaque disparition de distinguer nettement les objets.

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ SPÉCIALE.

a. *Migraine ophtalmique* (*scotome, sensation lumineuse*). — Pour donner une idée nette de ces premiers symptômes, nous allons reproduire l'observation de Forster [1].

« D'après mes expériences, le cycle des sensations, qui est d'une durée totale de 15 à 25 minutes, commence par l'apparition d'une lacune sur deux points identiques du champ visuel à côté du point de fixation. La plupart des malades ne reconnaissent pas ce scotome au début, à moins d'avoir été dressés à le reconnaître. Leur vue est cependant gênée, mais ils ne se rendent point un compte exact de la nature des troubles qui les atteignent ; le temps, du reste, leur manque pour cela. Déjà, après quelques minutes, la lacune est devenue plus grande dans les deux champs visuels, sans cependant comprendre le point de fixation, et alors commence le scintillement, qui éveille fortement l'attention du malade. La zone scintillante circonscrit bien au début la lacune; mais ensuite elle s'agrandit lentement, en s'éloignant du centre, et devient un arc qui généralement ne dépasse pas les lignes verticales qui marquent le milieu du champ visuel, tourne sa convexité vers la périphérie, en dehors pour un œil, en dedans pour l'autre (les extrémités de l'arc ne reposent pas toujours sur la ligne médiane, il peut n'y avoir qu'un segment qui soit pris). Entre la lacune centrale et l'arc scintillant, il peut exister une zone dans laquelle on reconnaît les objets; mais la

[1] Handbuch der Gesam. Augenheilkunde, 7, pag. 121.

lacune est quelquefois si grande qu'elle comprend entièrement les moitiés homonymes du champ visuel, constituant une hémiopsie complète. Lorsque l'arc scintillant a atteint la limite du champ visuel, il s'éteint petit à petit, la lacune persiste encore quelques minutes, se rétrécit, et disparaît.

»Le scintillement est décrit de façons très diverses. Il consiste essentiellement : 1° en une apparition lumineuse ; 2° en un mouvement tremblotant, flamboyant ou en zigzag. Les deux symptômes, mouvement et lumière, ont pour siège une zone arciforme dont la concavité est tournée du côté de la lacune. Il résulte que la lacune elle-même ne dépasse pas la verticale, milieu des champs visuels. Dans un cas où, au commencement du scintillement, la lacune était à gauche du point de fixation, il manquait à la fin de l'accès deux à trois lettres sur la droite du point fixé.

»L'observation du scotome scintillant est rendue difficile par sa courte durée. Il ne reste pas autre chose à faire qu'à dresser les malades à l'observation personnelle.

»Je ne puis me prononcer sur la question de savoir s'il existe une autre espèce d'hémiopie passagère, différente de celle qui vient d'être décrite ; cela ne me semble pas être. »

Forster ajoute encore. « Le scintillement, qui trouble généralement le plus, n'est pas le symptôme prédominant. Il est constitué par des lacunes dans le champ visuel. Les scotomes sont toujours bilatéraux et sur des points identiques, et durent quelque temps après lui. Le scintillement peut être très vif ou insignifiant, manquer même à un œil, tandis qu'il existe dans l'autre. »

Dianoux [1], dans sa remarquable thèse, donne une description saisissante du premier accès qu'il éprouve. Chez lui, ce fut la

[1] Thèse de Paris, 1865.

partie envahie par le scotome qui fut le siège des phénomènes lumineux :

« Un matin, vers les premiers jours du mois de septembre 1871, je venais de me mettre à table lorsque je remarquai que je ne voyais pas très distinctement : une sorte de nuage voilait les objets dans une petite partie de la moitié inférieure du champ visuel droit ; peu à peu ce nuage s'étendit, en s'élevant de plus en plus vers la partie supérieure du champ visuel, dont il ne tarda pas à occuper toute la moitié droite ; au point de fixation, je pouvais cependant encore distinguer assez nettement les objets.

» En fermant l'œil droit, je constatai qu'il existait dans le champ visuel gauche une lacune parfaitement semblable et à la même place. Dans la partie gauche du champ visuel commun, la vision restait nette.

» Le scotome revêtait ainsi une forme hémiopique, mais le bord tourné vers le point de fixation avait une forme concave.

» Ces phénomènes avaient mis environ cinq minutes à s'accomplir ; alors apparut le scintillement. Dans les points qui étaient devenus aveugles les premiers, c'est-à-dire en bas et à droite, je vis apparaître deux ou trois petites flammes que je ne puis mieux comparer qu'à la flamme de l'alcool brûlant dans une chambre obscure ; ces flammes augmentèrent de nombre et se disposèrent rapidement en forme d'arche dont le bord interne, concave, présentait des dentelures qui vibraient fortement. Cette arche alla s'agrandissant, tout en se rapprochant du point de fixation.

» Une seconde, puis une troisième arche se superposèrent à la première, et bientôt toute la partie du champ visuel qui s'était d'abord obscurcie fut envahie par le flamboiement. Les phénomènes ne s'arrêtèrent pas là : bientôt en effet les demi-cercles lumineux dépassèrent la ligne médiane et envahirent tout le champ visuel, les petites flammes tremblaient vivement et présen-

taient un éclat incomparable, surtout dans l'obscurité, où, lorsque les paupières étaient fermées, leur coloration rappelait exactement celle de l'éclair. A ce moment, il m'était impossible de rien distinguer. J'étais littéralement aveugle.

» Je m'étais jeté sur un lit, assez inquiet, je l'avoue, lorsque m'étant placé par hasard la tête sur le rebord du lit, dans une position plus déclive que le reste du corps, je vis le scintillement diminuer rapidement ; les flammes gagnèrent le bord supérieur du champ visuel, et tout disparut dans l'espace de quelques secondes. La vue s'était complètement rétablie, et je pus me convaincre, en prenant un livre, que mon acuité visuelle était redevenue ce qu'elle était avant.

» Je n'éprouvai à aucun moment, ni vertiges, ni céphalalgie, ni douleur d'aucune sorte ; j'avais pu analyser avec une entière liberté d'esprit les diverses phases de cette attaque, dont la durée totale fut d'environ quinze minutes. Ces phénomènes étaient donc demeurés étroitement limités à l'appareil oculaire. »

La photopsie est diversement décrite par les malades : c'est tantôt une série de points brillants qui affectent toute espèce de formes, tantôt c'est une roue dentée rouge, blanche ou phosphorescente, qui est animée de vibrations et d'un mouvement de rotation : la roue s'élargit peu à peu, son centre s'obscurcit et ses dents ressemblent aux angles d'un plan de fortification : ce sont des arches brillantes se superposant, des éclairs identiques à ceux de la foudre, des lignes entre-croisées en divers sens.

L'astronome Airy [1] a décrit, lui aussi, son scotome. Il souffre d'une hémiopie passagère qu'il compare à celle décrite par Vollaston, Brewster et Arago. Il cherche à prouver qu'il existe plusieurs formes de cette affection ; chez lui, l'accès commence sous forme

[1] Hubert ; On a distinct form of transiens hemopsia, with 2 plat. Philosoph. Transactions. London, vol. CLX, pag. 147, 264.

d'un petit scotome central qui s'étend bientôt sur l'un ou l'autre côté du champ visuel, en même temps en haut et en bas. Sitôt que l'accès a atteint son summum, le point sombre apparaît comme une forteresse entourée de remparts magnifiquement colorés. La perception qualitative des couleurs manque complètement dans l'étendue du scotome, tandis que la perception quantitative persiste. Au milieu de la forteresse apparaît comme un bouillonnement; les moitiés identiques du champ visuel sont atteintes aux deux yeux également ; les accès se répètent dans l'intervalle de deux jours à deux mois, débutant généralement après quelques heures de travail intense, et surtout lorsque le malade ne fait pas de mouvement ; l'accès atteint son summum en vingt à vingt-cinq minutes.

Airy désigne cette forme d'hémiopie sous le nom de théichopsie, pour marquer son trait distinctif, l'aspect d'une forteresse.

OBSERVATION II (inédite).

M. J.-M. de L... (professeur). J'ai eu seulement quatre accès. Chacun d'eux a été précédé de troubles visuels qui les ont précédés en général de un quart d'heure. Le premier date du 31 décembre 1880. Ces troubles se traduisaient, les yeux ouverts, par l'impossibilité de voir une portion plus ou moins grande des objets regardés : par exemple, les passants n'ont plus de tête ou plus de jambes. L'un de mes accès m'a été révélé par ce fait que, regardant sans aucune souffrance un jardinier qui travaillait sous mes fenêtres, je n'en vis plus la tête. Regardant l'écriteau bleu d'une rue, j'en vois encore les contours ; mais, tout en croyant en voir la surface éclairée, les lettres blanches sont complètement invisibles.

Les faits particuliers que je dois noter sont : la disparition de partie des objets est accompagnée de bandes doubles ou triples de

lignes en zigzag extrêmement déliées, à angles bien nets. Ces bandes se voient nettement en fermant les yeux.

Si je dirige alors le regard vers un objet fortement éclairé (papier blanc), j'y vois se former une tache plus sombre que le fond, colorée en gris un peu violacé. Cette tache a des bords qui correspondent très exactement au contour général de la ligne sinueuse brillante que je vois en fermant les yeux (toutefois ses bords sont arrondis). Elle correspond exactement, je crois aussi, à l'étendue pour laquelle je ne perçois plus les objets extérieurs.

Si au lieu de regarder un papier blanc je dirige le regard vers un papier noir, je vois cette même tache identique venir se projeter en brillant (jaunâtre) sur le fond noir. Si le fond n'est pas très sombre, gris, cette tache cesse d'être visible toujours, toutefois sans me permettre de voir l'écriture ou autres objets.

Je crois que l'on doit en conclure que, dans ces circonstances, les centres nerveux deviennent absolument incapables de perceptions extérieures ; mais en même temps ils subissent une excitation propre qui donne une sensation de lumière moyenne. Il y a tout à la fois disparition de sensation extérieure et en même temps une excitation interne.

b. *Migraine auditive* (*sensibilité spéciale et générale*). — Nous avons admis, dans notre Introduction, que la migraine ophtalmique pouvait être accompagnée de troubles auditifs. L'observation suivante nous démontre que ceux-ci peuvent exister seuls, c'est-à-dire que, de même qu'il existe des migraines avec symptômes oculaires isolés, il existe aussi des migraines auditives avec symptômes auditifs uniques.

OBSERVATION III (inédite).

Extraite des feuilles cliniques du Dr Nicati.

M. de G... a été atteint d'ophtalmie en 1860. La vue a diminué

depuis, et surtout depuis le printemps dernier. Il est en outre astigmate. Od. v. = 3/24. Og. v. = 3/18.

Depuis trois semaines, il se plaint de céphalalgie pariétale et surtout occipitale, et depuis huit jours de bruissements dans les oreilles, comme quand elles renferment de l'eau à la sortie d'un bain. Ces bruissements accompagnent la douleur de tête. Une première fois ils ont duré deux jours, avec nausées sans vomissements. Il y a eu ensuite un intervalle de deux jours où la céphalalgie était presque nulle ; puis les mêmes phénomènes ont reparu. On n'a jamais constaté ni aphasie, ni engourdissement ; il n'y a pas eu non plus de surdité, même pendant le bruissement. Celui-ci cesse dans le moment présent pour recommencer quand le malade recommence à parler. M. de G... souffrait depuis longtemps de céphalgie se répétant jusqu'à deux fois par semaine, mais siégeant toujours dans les régions frontale ou fronto-bregmatique.

L'examen ophtalmoscopique n'a donné aucun résultat.

c. *Migraine gustative et olfactive.* — Le goût et l'olfaction sont susceptibles d'être intéressés dans un accès de migraine. L'observation suivante nous le prouve et nous démontre en outre que les accès peuvent être modifiés par le temps et chez la même personne. Ils peuvent se simplifier. Ce sont là des accès avortés.

OBSERVATION IV (inédite).

Dr N..., 34 ans. Première atteinte à l'âge de 12 ans. Accès d'abord rares, puis de plus en plus fréquents jusqu'à 16 ans ; l'accès se déroule de la manière suivante :

Le matin, peu après le lever, trouble de la vue, puis les caractères semblent faire défaut sur la droite du point fixé (scotome hémiopique droit). Au delà, du même côté, des zigzags concentriques au point de fixation. Vers les neuf heures, céphalalgie

sus-orbitaire gauche, malaise général, pieds glacés, nécessité de prendre le lit; entre onze heures et midi, nausées et vomissements qui terminent la scène, pour ne laisser qu'un léger malaise de quelques heures; pas de troubles intellectuels, sinon l'incapacité d'une attention soutenue tant que dure l'accès Dans quelques cas, on a noté aussi une sorte de spasme artériel des extrémités des doigts, qui étaient complètement anesthésiés, et la lividité des ongles.

A partir de l'âge de 16 ans environ, les vomissements disparaissent, pour ne plus laisser que les troubles oculaires et la céphalalgie. En même temps les accès deviennent de plus en plus rares. Enfin il n'y a plus que les troubles oculaires survenant comme par hasard à plusieurs années d'intervalle. Ces troubles oculaires eux-mêmes ont perdu leur allure typique; une fois, c'est une hémiopie franche de plusieurs minutes; une autre fois, c'est comme un éclair lumineux apparaissant, puis disparaissant, et occupant le centre même du champ visuel de manière à gêner même la marche dans la rue.

Dans cette dernière période (à partir de l'âge de 16 ans), les accès succèdent à un changement des heures des repas, à un changement de climat.

Dans une de ces circonstances on a noté un phénomène olfactif particulier: c'est comme une odeur d'acide osmique, et d'autres fois un phénomène gustastif non moins caractéristique, une impression sur la langue et la muqueuse buccale semblable à celle que produit le passage d'un courant électrique continu.

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE.

Il est un trouble qui accompagne habituellement le scotome scintillant : c'est la céphalalgie, suivie généralement de nausées et de vomissements. Elle a son siège sur le lobe frontal ; de là, elle envahit quelquefois le pariétal et l'occipital, constituant ainsi une véritable hémicrânie. La douleur ne présente pas les carac-

tères des douleurs névralgiques. Elle n'est point lancinante et sous forme d'accès ; c'est plutôt une sorte de céphalée.

Chez certains malades elle s'accompagne quelquefois de contractions spasmodiques des muscles temporal et de la face du même côté. Elle suit les troubles oculaires dans un espace de temps variable de quelques minutes à une demi-heure, une heure et même plus. Sa durée est de quelques minutes à plusieurs heures. Lorsqu'elle est arrivée à son summum, le malade peut éprouver alors des vertiges (il est obligé de s'arrêter s'il se trouve à la rue) et présenter à ce moment une série de phénomènes qui nous occuperont plus tard.

Mais habituellement des nausées apparaissent, nausées qui peuvent être suivies de vomissements. L'accès est terminé. Ce sont là les cas les plus simples et les plus fréquents : c'est la « migraine ophtalmique simple » de Féré.

OBSERVATION V (inédite).

Le nommé G..., 62 ans, a eu il y a dix jours une attaque de parésie avec anesthésie du côté gauche, y compris la face du même côté. La vue a faibli depuis. Il voit des zigzags, des grillages qui vont et qui viennent dans la moitié gauche du champ visuel. Ces sensations s'exagèrent quand il remue la tête. Quelques minutes après apparaît la céphalalgie accompagnée de nausées. Rien au cœur. Rien à l'ophtalmoscope, sauf un scotome précentral gauche symétrique accusé par la mesure du champ visuel.

La céphalalgie peut, dans quelques cas, précéder les troubles visuels.

OBSERVATION VI (inédite).

B. N..., 18 ans, est atteint de blépharite et de strabisme convergent. Og. hyp = 3. V. = 3/6. Od. hyp. = 3. V. = 3/9 à 3/6.

Le matin, à son lever, il souffre de céphalalgie ; quelques instants après, le scintillement apparaît. Tout semble se terminer là, lorsque après le déjeuner il est pris de nausées et de vomissements. Ophtal. : vision très nette, aucune lésion expliquant la vision, réduite à l'examen à 3/6.

Dans l'observation suivante nous ne constatons ni scintillement ni vomissements.

OBSERVATION VII (inédite).

De C..., officier de marine, 34 ans, est un goutteux héréditaire. Depuis huit à dix ans, il a un trouble matinal de la vue, quelquefois de forme hémiopique, suivi de céphalalgie frontale médiane et de nausées. Il accuse comme une sensation de vide dans la tête. A l'examen de celle-ci, nous constatons une dépression crânienne sur le vertex, suite de cicatrice de blessure en 1870.

Ophtalm. Excavation physiologique très étendue de la papille.

L'affection revêt quelquefois d'autres caractères. Nous voulons parler des sensations de fourmillement, d'engourdissement, voire même de l'anesthésie, qui peuvent atteindre une main, un bras et quelquefois toute une moitié du corps. Pendant notre internat, nous avons constaté une fois une diminution assez marquée de la sensibilité, quelques jours même après un accès, chez un de nos malades dont nous donnons ici l'observation, extraite des feuilles cliniques, laissant ensuite à lui-même le soin de nous raconter la forme et les circonstances dans lesquelles se produisent ses accès.

OBSERVATION VIII (inédite).

Gill... G., 30 ans, célibataire, colleur de papiers. Antécédents morbides : une fièvre typhoïde étant jeune. Ce malade présente des phases d'excitation qui durent de huit à quinze jours. Il

redevient ensuite raisonnable et se remet au travail pendant le même laps de temps. Au début de l'accès, il est riche, gesticule et veut faire du bien à tout le monde : ses paroles sont incohérentes. Quelques jours après succède une période de prostration et d'anxiété, durant laquelle il oublie son agitation primitive. Il songe alors à en finir avec la vie. Un jour, au régiment, il se donne un coup de couteau. Une autre fois, s'emparant d'un flacon contenant des pilules d'opium, il en avale le contenu : tous les moyens sont employés pour se détruire.

Il n'existe aucun antécédent héréditaire dans sa famille ; cependant le père était buveur ; le fils a hérité de ce vice et a fait de fréquents excès de boissons alcooliques. Sa langue est animée de quelques mouvements fibrillaires et ses mains sont légèrement tremblantes. Le sommeil est assez agité, l'appétit diminué.

Aujourd'hui 16 septembre, l'appétit et revenu. G.... est entièrement lucide et va bientôt sortir. Voici ce qu'il nous écrit :

« A l'âge de 21 ans, je partais pour le service. Expédié à Nouméa, je commençais à m'apercevoir de mon mal six mois après mon arrivée dans ce pays. Je présume que je le dois à l'abus que j'ai fait des liqueurs fortes et de la fréquentation du beau sexe.

» Je commencais à m'apercevoir, en lisant, que ma vue se troublait petit à petit, jusqu'à ne plus voir qu'un brouillard épais devant mes yeux. Un moment après, je remarquai dans ce brouillard comme un zigzag rougeâtre qui partait du milieu de l'œil et finissait au coin de la paupière, et immédiatement après une petite lumière qui durait l'espace de vingt secondes : je ressentis alors un violent mal de tête qui allait jusqu'à la folie et me portait au suicide (ce qui m'est arrivé à Nouméa en 1879 vers le mois de janvier). J'ai des aigreurs et des envies de vomir. Quelquefois, en lisant, je me suis aperçu que je ne voyais qu'imparfaitement la moitié de la colonne, tandis que je lisais distinctement l'autre moitié. A ce moment, j'éprouvai une légère faiblesse dans la partie du corps correspondant au côté de

l'œil atteint le premier. Je me pinçais et je ne ressentais qu'une sensation très obtuse de ce pincement. Quelquefois c'était l'autre côté qui était le siège des mêmes phénomènes.

»Ces jours derniers je n'ai été impressionné que par le brouillard et la lumière. Je n'ai éprouvé ni faiblesse ni vomissement, mais un grand mal de tête. Mes accès sont rares aujourd'hui, et j'espère que sous peu ils cesseront entièrement.

»Voilà, monsieur, tout ce que j'ai à vous raconter sur ma maladie, me mettant tout à fait à votre disposition si vous avez besoin d'autres renseignements.»

Nous avons complété les renseignements fournis par le malade ; ils ne manquent pas d'une certaine importance, à cause surtout de l'apparition d'un symptôme nouveau que nous décrirons plus tard. Nous voulons parler de l'aphasie.

Au moment où la céphalalgie arrive, sa pensée et sa langue s'embarrassent, et, suivant son énergique expression, celle-ci devient « pâteuse et comme grasse ».

Quand il est surpris à la rue par un accès, il s'arrête, se trouvant dans l'impossibilité de continuer son chemin ; l'accès maniaque éclate toujours après la terminaison de l'accès de migraine ophtalmique.

Tous ces phénomènes l'impressionnaient vivement, et il nous raconte avec un bon sens remarquable que, désespéré à la pensée que « quelque chose de grave se passait en lui », il cherchait l'oubli dans les liqueurs ou la mort par n'importe quels moyens.

Aujourd'hui 16 septembre, la sensibilité est encore assez diminuée du côté droit ; l'œsthésiomètre a besoin d'être fortement appuyé pour être senti, et à une distance de 6 centim. le malade n'éprouve encore aucune impression des deux pointes.

OBSERVATION IX (inédite).

M. M..., 31 ans. Fils d'un père goutteux mort de congestion cérébrale et d'une mère bien portante et qui vit encore. Depuis six ans environ, M... souffre de migraine. Il éprouve un obscurcissement de la vue qui atteint le plus souvent les moitiés homonymes du champ visuel (le malade l'indique parfaitement). Dix minutes après, autour des parties obscurcies, il distingue comme des éclairs très lumineux qui le gênent « horriblement ». Leur durée est de cinq minutes ; aussitôt après, il éprouve des fourmillements, puis un engourdissement très marqué d'un doigt, d'une main, d'un bras, quelquefois d'une jambe, d'autres fois, mais plus rarement, de tout un côté du corps; une céphalalgie intense, ayant son siège à la région frontale et temporale, survient tout à coup, puis l'accès se termine toujours par des nausées et des vomissements bilieux assez abondants.

Une seule fois, le malade se serait trouvé pendant quelques secondes seulement dans l'impossibilité d'articuler un mot. La durée totale de l'accès est de demi-heure à une heure. M... se demande s'il ne s'agirait pas là d'accès goutteux d'un autre genre.

Les troubles de la sensibilité peuvent quelquefois, au lieu de rester limités à un côté, s'étendre à l'autre, comme le montre l'observation de M. Charcot; toutefois les troubles restent prédominants du côté primitivement atteint.

OBSERVATION X (*Féré*).

J'ai vu le 20 novembre 1877, avec MM. Simon et Prost, M. de Saint.-M..., âgé de 48 ans environ, de très haute stature, nerveux, hypochondriaque. Il a un frère qui souvent rit et pleure sans motif. Sa mère est, comme il le dit, « arthritique ». Il n'a jamais présenté aucun symptôme d'arthritis, à part des hémorrhoïdes.

Depuis l'âge de 25 ans, époque à laquelle il a cessé d'être hémorrhoïdaire, il est sujet aux accès suivants : Il commence par éprouver une sensation d'anxiété à la région précordiale ; puis survient une hémiopie, tantôt latérale, tantôt nasale ; il est très explicite sur l'hémiopie nasale : cela lui fait l'effet d'un grand rond noir qui l'empêche de voir en face, mais lui permet de voir à droite et à gauche. Il n'a jamais eu du scotome scintillant.

Après cela survient un engourdissement très prononcé de la main droite, puis un peu d'engourdissement de la main gauche. Habituellement, il a aussi un peu d'engourdissement dans les lèvres et même dans la langue. Dans le même temps, il y a une aphasie réelle ; tantôt il y a impossibilité de rien dire, tantôt il dit un mot pour un autre. Cela se termine par un mal de tête quelquefois très violent, qui occupe les deux régions de la tempe et le sinciput. Ces accès ne sont jamais suivis de vomissements ; ils durent généralement un quart d'heure ou vingt minutes, mais ils se répètent quelquefois plusieurs fois par jour ; dans un accès, la douleur persista pendant une demi-journée. Ils étaient autrefois plus fréquents. L'emploi du bromure de potassium à la dose de 6 gram. environ par jour depuis deux ans semble avoir produit un amendement. Il y a quelquefois des accès avortés.

Les troubles de la sensibilité changent quelquefois de côté, dans les accès consécutifs, sur le même sujet.

OBSERVATION XI (*Charcot-Féré*).

Jeune fille de 17 ans, atteinte depuis l'âge de 9 ans des accidents dont elle se plaint et qui sont décrits comme il suit par sa mère dans une lettre adressée à M. Charcot : « Après quatre semaines de traitement (bromure de potassium), la jeune fille, étant à la campagne, a été prise le matin de sa crise habituelle : trouble de la vue, douleur dans une tempe, et comme toujours engourdissement du bras et de la main opposés à la tempe souffrante.

Un lourd sommeil termine la crise. Le tout avait duré trois heures. Le soir en se couchant elle semblait bien ; mais au milieu de la nuit elle est réveillée par une douleur de tête extrêmement aiguë, comme elle n'en avait jamais éprouvé, puis des maux de cœur et enfin des vomissements. Un sommeil très lourd et très long termine encore cette crise, pendant laquelle il n'y a eu ni trouble de la vue ni engourdissement. Le lendemain, accablement général, faiblesse extrême même dans la vue, grande pâleur ; a pris quelque peu de nourriture avec assez bon appétit, ce qui faisait augurer de la fin de la crise, lorsque à cinq heures du soir elle est reprise de troubles dans la vue, de douleurs dans la tempe et de légers engourdissements de la main et du bras opposés à ceux de la veille. La nuit se passe assez bien....

Le lendemain au soir, nouvel accès.

Depuis cette dernière crise, notre malade est restée plusieurs jours à se remettre.

Elle persiste toujours dans ce qu'elle nous a dit, que le trouble qu'elle a dans la vue lui fait voir les objets à moitié.

TROUBLES DE LA MOTILITÉ.

La motilité est moins souvent atteinte que la sensibilité. Les troubles moteurs consistent en tremblement, parésie et paralysie, troubles qui peuvent devenir permanents si, à l'état spasmodique des vaisseaux de l'encéphale que nous supposons se produire pendant l'accès, succède, par hémorrhagie ou ramollissement, la destruction de certaines régions de celui-ci.

Nous empruntons au Mémoire de M. Féré une observation de ce genre, remarquable surtout à cause des troubles auditifs qui accompagnent les troubles moteurs.

OBSERVATION XII (*Charcot*, *Féré*).

Mme Vold..., sage-femme, 34 ans, sans antécédents hérédi-

taires, ni goutte, ni rhumatisme. Pas d'antécédents personnels, seulement un peu nerveuse, d'une bonne santé habituelle d'ailleurs, replète.

Au commencencement de décembre 1878, vers onze heures du soir, en lisant dans son lit, elle a, dit-elle, une douleur qui lui traverse la tête comme un éclair, partant de la partie supérieure et postérieure droite, traversant obliquement la convexité du crâne et s'arrêtant à la partie inférieure de la tempe gauche. Elle reste comme hébétée à la suite de cette douleur, puis s'endort. Quelques jours après, elle éprouve à plusieurs reprises une sorte de vertige avec sensation de pression, la forçant à courber la tête et à fermer les yeux; elle aurait « dormi », dit-elle, ou perdu connaissance pendant quelques secondes. Ces accidents se sont renouvelés jusqu'au 14 janvier 1879. Ce jour-là, elle se réveille le matin, ne pouvant remuer ni les doigts ni la main droite. Le lendemain, le bras tout entier était paralysé et insensible; elle sentait dans la paume de la main une chaleur excessive, et elle dit que sa main était très gonflée. Vers la fin de janvier, elle éprouve une crampe à la jambe droite, à la suite de laquelle survient une paralysie avec anesthésie du membre inférieur. La malade dut alors garder le lit.

Le 20 février, les vertiges revinrent plus forts, et le 21, à 7 heures du matin, elle sentit un tremblement dans les jambes, puis dans les doigts et la paume de la main droite; en même temps il se fit un mouvement de torsion de la tête de gauche à droite; la commissure buccale était tirée à droite; les paupières étaient animées d'un mouvement convulsif comme les muscles de la face; la malade ne pouvait articuler une parole, elle ne pouvait que pousser des cris rauques. Ces convulsions cloniques durèrent environ une heure, sans que la malade perdît connaissance; puis tout rentra dans l'ordre. A partir de ce moment, elle commença à éprouver des douleurs paroxystiques dans la tête, partant du côté droit du cou, remontant par l'occiput vers le

vertex et le front, pour se terminer à la racine du nez ; ces crises duraient de deux à cinq minutes et s'accompagnaient de nausées.

Vers la fin de mars, la malade commença à remuer la jambe droite. Le 15 avril, la main était à peu près libre, mais ce ne fut que vers le 15 mai que la malade put recommencer à écrire.

Pendant dix-huit mois, elle n'eut aucune douleur de tête et fut parfaitement bien.

Le 7 novembre 1880, vers 2 heures du matin, la malade entre dans une pièce surchauffée par un poêle, où elle dut rester jusqu'à 4 heures. En rentrant chez elle, elle fut prise de vertiges et perdit connaissance dans la rue ; elle arrive chez elle toute grelottante et se couche à 5 heures et demie. Aussitôt, elle éprouve une douleur violente sur le côté droit du front, et elle a devant les yeux alternativement une grande clarté et une roue dentée rouge dont les dents vibrent et qui tourne. Ces phénomènes persistaient même quand elle fermait les yeux. Dans la journée, elle eut des vomissements glaireux, mais les sensations lumineuses ne disparurent point ; la roue dentée, rouge dans les premiers jours, devient peu à peu blanchâtre, de la couleur des éclairs pendant cinq à six jours, En même temps la douleur de tête persiste et augmente ; il semble à la malade que sa vue baisse, elle ne peut ni lire ni écrire sans avoir de nausées et des douleurs violentes dans les yeux. Puis les anciennes douleurs de tête partant du cou reparaissent ; il lui est impossible de se coucher sur le côté gauche sans éprouver de violentes douleurs dans l'œil gauche et au front. Ces douleurs sont toujours accompagnées de vomissements. Quelquefois elle a des tintements dans les oreilles, et par moments elle est sourde de l'oreille droite ; battements dans la tempe droite. Fièvre tous les soirs vers 8 heures.

Le 25 décembre, à 3 heures après midi, la main et le bras gauches deviennent roides, la bouche se contracte en se tirant à

gauche, l'œil reste fixe ; elle ne peut faire aucun mouvement de tout le côté gauche, qui est anesthésique. La contracture dura jusqu'à 5 heures ; puis de violentes crises douloureuses se succèdent de dix en dix minutes, commençant par le cou, remontant en arrière de la tête et se ramenant à la racine du nez. Pendant ses accès, la malade a vu double ; puis devant l'œil droit venait se placer un cercle blanchâtre ayant un centre noir.

A partir du 3 janvier 1881, mieux sensible ; les crises deviennent plus rares, moins douloureuses ; la douleur oculaire a diminué ; la malade commence à pouvoir se coucher du côté gauche. La main gonfle un peu de temps en temps ; la surdité persiste momentanément ; sa vue est très faible et elle voit incomplètement les objets ou ils lui semblent déformés.

Le 19 janvier, M. le Dr Meyer constate une hémiopie gauche à forme spéciale, en ce sens que la vision normale dépasse un peu le centre et que le champ visuel est généralement rétréci, mais surtout du côté gauche. A l'ophthalm., flexuosités et varicosités des artères de la rétine.

Quand elle se présente à la consultation du 4 février, les reflexes tendineux sont exagérés des deux côtés, surtout aux tendons rotuliens.

Sous l'influence de l'électricité statique, ces phénomènes, tant céphaliques que périphériques, se sont graduellement amendés le 16 février. Le 6 avril, M. Meyer a pu constater l'agrandissement graduel du champ visuel.

Le 3 mai, après avoir pris du café, elle a eu un accès de migraine ophtalmique, à la suite de laquelle M. Landolt a pu constater une nouvelle recrudescence de l'hémiopie.

Le 31 mai, nous dessinons de nouveau le champ visuel avec le périmètre, et nous constatons qu'à la partie externe du champ visuel de l'œil gauche, où est le rétrécissement prédominant, la vision est limitée au 30e degré sur l'axe transversal ; mais tout à

fait en dehors il existe du 70e au 80e une plaque allongée verticalement, où la vision est nette.

OBSERVATION XIII (inédite).

M. S..., 45 ans, souffre depuis longtemps de scotome scintillant, succédant à des accès de migraine de faible intensité. Le scotome est fréquent et sans régularité. Jadis, c'était le matin; V. = 6/9 à 6/10.

A la suite d'un accès, la paupière gauche a présenté un ptosis léger. La pression au plafond de l'orbite est assez douloureuse. A l'ophtalmoscope, les nerfs optiques sont un peu troublés, gris, les artères sinueuses.

Pas de syphilis; les fonctions digestives s'exécutent bien; le malade fume beaucoup.

Ordonné : Verres fumés, abstinence de tabac, éviter les repas copieux.

25 août. S... n'a plus éprouvé de scotome; il ne ressent plus que de légères céphalalgies. Le ptosis persiste.

28. La chute de la paupière gauche est plus prononcée; il y a du catarrhe conjonctival. Douches oculaires.

25 janvier. On constate encore un ptosis léger, comme on en observe dans le cas de paralysie du grand sympathique.

TROUBLES DE L'INTELLIGENCE (*Aphasie*, *Amnésie*).

Il peut arriver que dans un accès de migraine le malade ne retrouve plus le mot qu'il veut prononcer. D'autres fois, si l'accès survient à la rue, celui qui en est atteint est incapable de se diriger; il éprouve comme une sorte de vertige passager, de vide dans le cerveau, qui le force à s'arrêter un instant. Quelquefois il n'y a que de l'aphasie simple sans troubles de la pensée. Ces symptômes ne laissent pas que de jeter une frayeur profonde dans l'esprit du malade.

Pour donner une idée précise d'un accès de ce genre, nous rapporterons une observation que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Perret, médecin-major du 40e de ligne. Le malade a décrit tous les plus petits détails de son affection.

OBSERVATION XIV (inédite).

G. B..., capitaine, né en 1845 (Creuse). Le père est atteint de troubles de la vue suivis de simples lourdeurs de tête, sans vomissements.

Première attaque en avril 1858 (13 ans), au lycée, à la suite d'une journée passée au soleil ; quelques rares attaques en 1859 (Creuse), plus nombreuses en 1860 (cinq ou six par an), à Paris en 1861 et 1862 (id.). Presque tous les accès ont lieu le matin. Je travaille pour des examens, mais modérément. Chez moi (Creuse), l'air est très froid. Caractères d'un accès :

Débute par un obscurcissement d'un des côtés de la vue (gauche ou droite des deux yeux). L'obscurcissement s'étend, envahit les deux yeux, en fait le tour, puis se transforme en rayonnements et entre-croisements assez rapides de nuages et de lignes brisées plus ou moins lumineuses. C'est une mer houleuse; puis le centre de la vision se dégage, les nuages disparaissent peu à peu vers l'extérieur, la vision retrouve toute sa pureté.

Dans cette période, les troubles de la vue durent jusqu'à deux heures. Lorsque la vision revient, la migraine apparaît dans la *tempe toujours opposée à la demi-face* vers laquelle a apparu les troubles de la vue. Cette migraine se fixe dans l'œil et produit par à coups des contractions dans la tempe, la mâchoire, l'occiput. Puis se produisent, sous l'influence de bruits, de dérangements, d'un geste, d'un rayon de soleil ou d'une odeur, des spasmes, des soulèvements d'estomac, des renvois de gaz, et finalement de violents vomissements de bile. La migraine et les spasmes duraient deux heures environ, les vomissements quel-

ques minutes. J'éprouvais un affaissement de quelques instants, et après, l'appétit et la santé revenaient aussi complets qu'avant l'accès.

Jamais, durant cette période, deux accès ne se sont suivis à moins de plusieurs journées d'intervalle.

En 1864, un seul accès léger, sans vomissements, à Saint-Cyr, en descendant de cheval à la fraîcheur.

Interruption absolue de cet accès (1864) jusqu'au 1er juillet 1874 (10 ans).

Deuxième période (été 1874, Ajaccio, Corse).

Cette période paraît s'ouvrir à la suite de courses dans des marais fiévreux, de promenades longues à cheval, d'un peu d'anémie, de privation absolue de femme pendant plusieurs mois, d'ennuis très accentués.

Mais tous les accès sont légers. Les troubles de la vue durent une demi-heure, la migraine le double au plus. Jamais de vomissements. Une demi-douzaine d'accès tout au plus, qui se terminent à l'hiver.

Interruption en 1875 (Bastia) et 1876 (Marseille). En 1877 (Marseille), deux accès isolés mais violents, en descendant de cheval (mistral). Les troubles de la vue durent une heure. Vomissements violents.

Pour les premières fois apparaissent, un peu avant les vomissements, la perte momentanée de la mémoire des mots et la confusion dans les idées. Ce trouble cérébral dure deux minutes au plus. J'en ai conscience ; je ne puis donner un nom à l'idée qui me traverse malgré moi le cerveau, comme dans un rêve. Il me souvient que dans un accès je voulais dire, au moment de vomir, à mon ordonnance : Apportez-moi une cuvette ; je me suis trouvé incapable de le dire et de trouver en particulier le mot cuvette.

Les douleurs sont plus fréquentes à gauche et les troubles

visuels à droite ; elles sont plus intenses quand elles siègent à gauche, surtout dans leurs effets sur l'estomac.

Troisième période (juin 1878, Versailles).

Dans cette période, j'ai peu de travail. Je suis soumis avant l'attaque à une nourriture médiocre et à une boisson très mauvaise. Le temps est orageux, venteux. La période se compose de cinq journées de troubles de la vue, de spasmes, de soulèvements d'estomac et de vomissements répétés. Il en résulte quelques moments de délire, de fièvre et de l'insomnie, les troubles, quoique plus rares, se faisant sentir la nuit. On me donne de la quinine, qui ne me produit aucun bon effet. Au bout de cinq à six jours, les accès disparaissent d'eux-mêmes. En vingt quatre-heures je retrouve toute ma vigueur.

Rien pendant le deuxième semestre 1878 ni pendant l'année 1879. Cette année (1879) a été pourtant de beaucoup la plus agitée, la plus fiévreuse, la plus laborieuse que j'aie connue. J'ai passé des mois entiers sans une distraction. J'ai éprouvé des ennuis et même des malheurs qui m'avaient beaucoup surexcité, mais sans me causer ni trouble de la vue, ni trouble cérébral, ni même de simples migraines auxquelles je suis cependant très sujet.

Quatrième et cinquième périodes. École supérieure de guerre, Paris.

Je monte beaucoup à cheval. J'ai beaucoup de travail, point de distractions. Je n'éprouve que sept ou huit accès au printemps de 1880 et de 1881, après des séances mouvementées de cheval, suivies peut-être d'un peu de refroidissement et de grand air (le temps est mauvais). Les troubles de la vue durent trois quarts d'heure au plus. Migraines presque nulles (plutôt lourdeurs de tête). Un seul accès dans le nombre produit deux minutes de trouble cérébral et un vomissement de quelques instants.

Sixième période (Privas). Bonne nourriture, aucun travail ;

promenades à la campagne; climat venteux, courants d'air froid.

J'ai une douzaine d'accès vers le printemps 1882, arrivant dans la soirée ; tous me prennent dehors au grand air, ils ne sont ni violents ni longs. Aucun ne produit de vomissements, mais ils présentent presque tous ce caractère nouveau d'être doubles, c'est-à-dire d'affecter les deux yeux l'un après l'autre. Dans ces accès doubles, le premier ne produit pas de migraine, le deuxième m'amène des contractions vers l'occiput. Le manger me soulage.

Septième et dernière période (depuis l'automne 1882).

Retour de Privas à Marseille. J'ai eu une vingtaine d'accès; ils deviennent donc plus nombreux. Ils ne paraissent pas devenir plus forts; ils éclatent dans la demi-face gauche ou dans la demi-droite. Les troubles de la vue ne dépassent pas une demi-heure. La migraine dure au plus une heure ; mais un caractère nouveau paraît surgir. L'accès arrive le soir, puis se reproduit et se prolonge longtemps dans la nuit. Les soulèvements d'estomac produisent des coliques semi-nerveuses mélangées de nausées. L'émission des gaz soulage. La tête est encore lourde ; les yeux sont encore gonflés le lendemain. Bref, les accès, moins violents, paraissent vouloir se prolonger et laisser des traces de fatigue et de malaise cérébral. J'éprouve le lendemain des accès, des difficultés pour la lecture et surtout une gêne réelle pour le travail intellectuel.

Je ne connais pas de cause déterminante absolue à mes accès. Il est toutefois certain qu'un très grand nombre est survenu après une séance mouvementée de cheval ou à la suite des coups de vent ou d'air frais; mais j'ai eu des accès à l'état de repos absolu et abrité (cette année-ci par exemple).

Nota.— Les nombreux accès après séance de cheval ne m'ont jamais débuté lorsque j'étais à cheval, mais toujours quelques instants après, dans la période de réaction toujours produite par un exercice un peu sérieux de cheval.

Ce n'était pourtant pas l'exercice proprement dit qui pouvait produire l'accès, mais plutôt une autre cause incidente ou résultante, car je me suis livré à des exercices d'escrime bien autrement violents, à la suite desquels je me suis au contraire parfaitement porté.

Le cheval m'a d'ailleurs toujours fait affluer le sang aux yeux.

L'observation que nous venons de rapporter est remarquable en ce qu'elle résume en grande partie ce que nous avons dit jusqu'ici sur la migraine ophtalmique. Écrite par un malade excessivement intelligent et qui nous a donné un compte très détaillé et très précis des troubles qu'il ressent, elle nous donne avant tout une idée fort juste de l'espèce de désordre intellectuel qui accompagne quelquefois cette affection. Nous voyons ici, en outre, s'ajouter quelques symptômes nouveaux, c'est-à-dire de l'insomnie, de la fièvre et jusqu'à du délire. On comprendra sans doute, après cet exemple, ce que nous avancions au début de notre travail, à savoir : que la migraine ophtalmique est une affection complexe qui peut atteindre le cerveau à la fois dans toutes ses facultés.

OBSERVATION XV (inédite).

Le nommé Ar. H... est atteint de scotome scintillant depuis sa jeunesse, souvent avec hémiopie et céphalalgie frontal ; mais depuis quinze jours il a eu deux ou trois accès plus violents, et cette fois avec difficulté dans la pensée, ce qui l'a effrayé. Ophtalmosc. — Pas de trace de staphylome. Nerfs optiques un peu injectés ; fond de l'œil intact. Od. M. = 5. V. = 3/6. Og. M. = 6. V. = 3/4. Ne mange qu'une fois par jour à midi ; fume beaucoup, et même la nuit, pour occuper ses insomnies. — Traitement : Abstention de tabac ; régime hygiénique approprié.

25 janvier 1882, amélioration.

Notre collègue et ami, le Dr Rub..., nous a communiqué sa propre observation. Un de ses accès à présenté un aspect effrayant, à cause de la durée relativement longue de l'aphasie.

OBSERVATION XVI (inédite).

Dr Rub..., 27 ans, souffre de migraine ophtalmique depuis huit à neuf ans, époque où il commença à préparer des examens. Il sent tout à coup un petit tremblement dans un œil, puis sa vue se trouble. S'il est à la rue, il ne distingue que la moitié du visage des personnes qui passent devant lui; s'il est surpris au moment de sa lecture, il ne voit plus que la moitié de la ligne. Dix à quinze minutes après, tout autour du scotome apparaissent des points noirs et des points brillants qui s'agitent en tous sens; puis c'est une douleur qui débute par l'orbite, gagne successivement les régions frontale, pariétale et occipitale. La céphalalgie dure chez lui de vingt-quatre à quarante-huit heures; ce laps de temps écoulé, des nausées et des vomissements bilieux terminent l'accès. Il s'agit là d'un accès ordinaire.

Quelquefois il éprouve des frissons, de l'horripilation, des fourmillements dans un bras, une moitié de la face et de la langue. Un jour, après un repas, il est tout à coup surpris par un accès des plus violents. Il fait des efforts pour parler et rassurer sa famille; il ne parvient pas à articuler un mot, ou, s'il y parvient, c'est un mot tout autre que celui qu'il veut prononcer. Sa famille, le croyant sous le coup d'une attaque d'apoplexie, envoie quérir le Dr Mis... Cet état se prolonge pendant quatre heures et se termine par des nausées et des vomissements, avec rejet d'abondantes matières verdâtres.

Une particularité importante à noter, c'est qu'il est toujours averti de ses accès par un tremblement de la paupière ; c'est toujours le côté opposé à l'œil atteint le premier qui est le siège des sensations que nous avons décrites.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

La question de siège, dans les affections d'origine nerveuse, n'est pas toujours facile à résoudre. La migraine ophtalmique en est un exemple. Elle a été comprise parmi cette classe d'affections mal définies, dénommées *névroses*, et a donné lieu à de nombreuses conjectures. Cependant ses caractères, mieux étudiés dans leur ensemble et dans leur rapport entre eux, permettraient peut-être aujourd'hui d'être moins indécis. S'il est impossible encore d'indiquer un siège précis, on peut tout au moins indiquer un siège rationnel.

D'abord nous ne ferons que citer l'hypothèse de Piorry, qui localisait le phénomène dans l'iris (irisalgie), hypothèse qu'il abandonna lui-même bientôt, pour s'arrêter définitivement à une localisation dans la rétine. « La preuve, dit-il, que c'est l'organe qui souffre, c'est que, si l'on porte volontairement et mécaniquement avec le doigt le globe oculaire dans des sens divers, l'image se déplace avec lui. » On comprend difficilement une telle explication, car, comme le dit fort bien Dianoux, on n'a jamais conclu qu'une névralgie du trijumeau siégait dans la mâchoire parce que la douleur en suivait les mouvements.

D'après Quaglino[1], il se produirait un spasme artériel dans la rétine, d'où son ischémie. Il se passerait là ce que Brown-Sequard a signalé dans les vaisseaux artériels du cerveau dans le stade initial de la convulsion épileptique. Les auteurs qui ont eu l'occasion d'examiner des rétines au moment des accès n'ont jamais constaté ce spasme. Quaglino lui-même ne l'a jamais constaté directement. D'après Galezowski, ce spasme existerait cependant, mais ne serait pas unique.

[1] Annali di Ottalmologia.

D'ailleurs, en admettant ces diverses hypothèses, comment expliquerait-on l'hémiopie ; pourquoi le spasme artériel se limiterait-il exactement à deux moitiés concentriques du champ visuel ? On a bien voulu tirer des déductions de la pathologie ; mais les affections inflammatoires de la rétine ou de la choroïde, que l'on a invoquées à l'appui, n'ont jamais donné des sensations lumineuses subjectives comparables à celles qu'occasionne la migraine ophtalmique ; elles n'ont jamais produit ces troubles si variés et si complexes que nous avons décrits.

Il nous faut donc aller plus loin chercher le siège de notre affection. Ce siège, c'est le cerveau. Airy, Forster, de Wecker, en ont fait depuis longtemps un phénomène d'anémie cérébrale, Dianoux et Mauthner une sorte de névralgie du nerf optique, une lésion des tractus.

Paul Bert[1] a conclu de ses expériences sur lui-même que le siège du scotome scintillant se trouve dans les centres nerveux.

« J'ai ressenti, dit-il, dans l'espace de ces quatre années, cinq attaques de scotome scintillant. J'ai peu de chose à ajouter aux descriptions qu'en ont faites les auteurs, et notamment Donders, qui l'a observé sur lui-même. Chez moi, le scotome envahit progressivement, en partant du point visuel, la partie gauche du champ visuel, Lorsque sa bordure crénelée et miroitante est arrivée à peu près à la moitié du champ, le point visuel se dégage et la vue n'est plus troublée, malgré la sensation désagréable que fait éprouver ce demi-cercle brillant et oscillant. Un fait intéressant, c'est que les créneaux du scotome sont encore perçus en dehors de la limite extérieure du champ visuel, dont l'étendue réelle est évidemment rétrécie par les obstacles latéraux.

»La durée de l'attaque est d'environ demi-heure. Elle est survenue dans des conditions très variées d'heure, de fatigue réti-

[1] Comptes rendus de la Société de Biologie, pag. 671, 1883.

nienne, de dispositions générales ; aucune raison étiologique n'a pu être dégagée. Mais l'observation suivante, que personne, je crois, n'avait faite avant moi, me paraît présenter un véritable intérêt.

»Si pendant l'attaque je dévie l'un des yeux avec le doigt ou si je louche par contraction volontaire des muscles droits internes, l'image scintillante reste unique, tandis que les images rétiniennes se dédoublent.

»Ce fait doit être rapproché de celui que citait dans une de nos dernières séances M. Parinaud. Le scotome scintillant se comporte comme l'image consécutive obtenue par contemplation d'un objet brillant. Si l'on tient compte de tous ces faits, on arrive à conclure :

»1° Que les apparences multiples attribuées à la fatigue de la rétine sont dues en réalité à la fatigue des centres nerveux percepteurs en rapport avec la rétine.

»2° Que l'excitation qui a pour conséquence le scotome scintillant a son siège, non dans la rétine, mais dans les centres nerveux. »

On ne peut plus admettre aujourd'hui l'opinion de Mauthner et de Dianoux. Les troubles associés de la migraine ophtalmique démontrent d'une manière trop précise qu'une lésion d'un nerf optique ne peut occasionner des accidents de ce genre.

Faisons appel aux autopsies pratiquées chez des malades atteints d'hémiopie, rappelons-nous les cas d'hémiopie que l'on rencontre chez plusieurs hémiplégiques à lésion cérébrale permanente et localisée, cas accompagnés de troubles de la sensibilité, et peut-être alors arriverons-nous à un résultat qui, sans cesser d'être hypothétique, sera peut-être rationnel.

Quel est d'abord le siège de l'hémiopie ? Nous devons ici avoir recours aux expériences physiologiques qui ont été faites et aux faits cliniques qui ont été rapportés.

Citons avant tout les expériences de Curschmann, de Ferrier et de Munk [1]. Ce dernier, pratiquant des ablations partielles de l'écorce cérébrale sur le singe et sur le chien, a observé que l'ablation de la région occipitale d'un côté produit l'hémianopsie, celle des deux côtés la cécité complète.

Mais il ne suffit pas de se baser uniquement sur les recherches expérimentales : la clinique doit être interrogée, et voici ce qu'elle nous apprend.

Nous rapporterons, en premier lieu, les observations d'hémiopie sans trouble de la motilité.

1° BAUMGARTEN [2]. — Hémiopie gauche. — Autopsie. Kyste hémorrhagique situé dans le lobe occipital droit, gros comme une noisette ; il est séparé en bas de la cavité de la corne postérieure du ventricule latéral par une couche de substance médullaire intacte, épaisse de plusieurs millimètres. En haut, au niveau du gyrus occipital, trois circonvolutions jaunes et ramollies. Autre foyer de ramollissement, gros comme un pois, dans le lobe frontal gauche et cicatrice de foyer hémorrhagique, grosse comme une lentille, dans le thalamus optique droit. Nerfs optiques, chiasma, corps genouillés, tubercules quadrijumeaux et pédonculés cérébraux sans lésions.

2° HUGUENIN [3] — Fille de 8 ans (hydrocéphalie, hémianopsie droite, symptôme sensoriel unique de foyer). Pas de symptôme de localisation motrice ou sensitive : broncho-pneumonie intercurrente. Centres cérébraux seuls examinés. Deux tumeurs (nodules caséeux), l'une à la pointe du lobe frontal gauche, l'autre

[1] Société de Physiologie de Berlin, 2 mars et 27 juillet 1877, novembre 1878, juillet 1879 et juillet 1880.

[2] Observation LV de Féré.

[3] Klinische Monatsbl. f. Augenhenheilkunde d. Zehender's, mai 1882.—Annales d'Oculistique, mai-juin 1882.

à la pointe du lobe occipital gauche. Nerfs de la base intacts. Épaississement léger, inflammation chronique de la pie-mère au pourtour du chiasma et dans les scissures de Sylvius. Les ventricules sont modérément dilatés. La tumeur frontale (sans valeur pour l'hémianopsie) a une longueur de 2 centim., une largeur de 1^{cm},75, épaisseur 1 centim. Le nodule occipital (saillie 1 millim., longueur 3 centim., largeur 3 centim., épaisseur 2 centim. et demi) est situé à la surface médiane de la pointe du lobe occipital droit. Planté dans le sillon de l'hippocampe, il l'a disjoint des deux côtés.

Dans l'observation suivante, les troubles moteurs et intellectuels ont été précédés de quelques jours par l'hémiopie.

David Webster [1]. —Hémianopsie latérale droite. Le Dr H.... fit une chute dans laquelle il se contusionna la hanche et l'épaule droites. Après quelques prodromes tels que malaise, état nauséeux (trois heures après l'accident), apparition d'une tache brillante, trémulante devant les yeux, d'abord passagère (trois jours plus tard), puis définitive (il ne voyait plus que la moitié des objets), il survint de la parésie du membre inférieur droit, du bras du même côté et de l'aphasie. La pupille droite était plus rétrécie que la gauche, le fond de l'œil normal. Le malade ne voit pas la lettre placée devant celle qu'il lit.

Six semaines après la chute, l'hémiplégie et l'aphasie persistaient toujours ; six mois plus tard, aphasie, pupille gauche plus large, douleurs de la région cervico-occipitale. La mort arrive peu de mois après.

Webster se demande s'il s'agissait d'une tumeur comprimant le nerf optique gauche en arrière du chiasma, d'une extravasation de sang, ou d'une méningite localisée.

[1] Transactions, novembre 1879.
Annales d'Oculistique, mai-juin 1880.

Curschmann [1]. — Homme de 50 ans ; avale de l'acide sulfurique. Au dixième jour, embolie de l'artère brachiale ; onzième jour, hémiopie homonyme gauche. Pas d'autres symptômes de foyer ; mort d'inanition au seizième jour.

Autopsie. — Artérite de la couche interne de l'aorte ; embolie dans l'humérale droite. Cerveau : grand foyer de ramollissement dans le lobe occipital droit s'étendant jusqu'à la surface, et particulièrement à la face interne et à l'extrémité du lobe.

Les observations d'hémiopie coïncidant avec l'hémiplégie sont assez nombreuses.

Hughlings Jackson and Gowers [2].— Hémiplégie et hémianesthésie gauches. Hémianopsie homonyme. — Mort accidentelle.

Autopsie. — Ramollissement de la moitié postérieure du noyau optique droit, plus étendu à la face interne que sur les autres côtés. Le pulvinar ou extrémité postérieure des couches optiques est entièrement détruit.

Huguenin [3]. — Parésie et anesthésie à droite chez une femme de 46 ans : aphasie et hémianopsie.

Autopsie. — Thrombose de l'artère de Sylvius gauche ; ramollissement de la circonvolution de Broca et du lobule paracentral ; il en est de même des circonvolutions supérieures de l'insula et d'un point des circonvolutions pariétales. A l'intérieur, l'avant-mur et la partie externe du noyau lenticulaire sont également atteints.

Forster et Wernike [4].— Aphasie, hémianopsie, hémiplégie droite. Embolie de la sylvienne gauche : nombreux foyers de

[1] Centralbl. f. Augenheilkunde, pag 256.

[2] Ophtalmic Hospital Reports, vol. VIII, pag. 30, 1875.

[3] Ziemsen, Bd. XI, pag. 733.

[4] Græffe; Lacmsch., Bd. VII, pag. 118.

ramollissement (corps striés, couches optiques, noyau lenticulaire, capsule externe et un point à la partie antérieure du lobe occipital).

Jastrowitz [1]. — Aphasie, hémiplégie et hémianopsie droites.

Autopsie. — Tumeur du lobe postérieur gauche du cerveau, avec ramollissement tout autour, s'étendant jusqu'à la couche optique, qui paraît respectée. Les nerfs optiques, bandelettes, chiasma, tubercules quadrijumeaux, sont sains.

Pooley [2].— Hémiopie latérale droite ; hémiplégie droite et hémianesthésie. Lobe postérieur de l'hémisphère gauche élargi, creusé d'une loge renfermant une masse blanc jaunâtre, un peu dure, arrondie, dont les diamètres sont 5/4 et 1/2 pouce, adhérente aux méninges. Tout autour de la tumeur existe une large zone de ramollissement qui ne s'étend pas jusqu'au lobe frontal. Le thalamus optique gauche est complètement ramolli, ainsi que les parties voisines. Pas d'altération du cervelet, des nerfs optiques, du chiasma, ni des bandelettes. Cette tumeur était une gomme.

Dreschfeld [3].— Hémiplégie, hémianesthésie, hémiopie gauche. Deux petits foyers d'hémorrhagie circulaire de un demi-pouce de diamètre, dans le centre ovale de l'hémisphère droit, correspondant à la circonvolution frontale ascendante. Un peu en arrière de ces deux hémorrhagies, correspondant à peu près à la circonvolution pariétale ascendante, autre hémorrhagie plus petite que les deux précédentes, mais aussi située tout entière dans le centre ovale, n'empiétant nullement sur l'écorce ni sur les ganglions centraux. Autre petite hémorrhagie circulaire, de quatre lignes de largeur sur trois de hauteur, à la partie postéro-supérieure du thalamus optique droit, dans la partie décrite sous

[1] Obs. XLVI de Féré.
[2] Obs. XLIX de Féré.
[3] Obs. LVI de Féré.

le nom de pulvinar, ne s'étendant cependant pas jusqu'à la surface supérieure du thalamus, et comprise par conséquent tout entière dans sa substance. Les tubercules quadrijumeaux, les corps genouillés, les bandelettes optiques et le reste du thalamus, sont intacts.

HAAB [1].— Femme de 61 ans : parésie des extrémités gauches à la suite d'endopéricardite (embolie), insuffisance mitrale : hémianopsie gauche, rétines normales. Diagnostic : Foyer de ramollissement, suite d'embolie siégeant dans l'hémisphère droit à la partie postérieure de la couche optique ou plus près de l'écorce.

Autopsie. — A la pointe du lobe occipital gauche, pie-mère tendue au-dessus d'une collection liquide (foyer cystoïde de ramollissement). La nécrose a envahi à la région médiane du lobe occipital un territoire considérable de l'écorce cérébrale, comprenant le sillon de l'hippocampe et son pourtour sur une étendue de plusieurs centimètres carrés. Le voisinage de la couche optique, les tubercules quadrijumeaux, le corps genouillé, les bandelettes optiques, sont intacts. Les fibres optiques ne sont atrophiées dans aucune partie de leur trajet, depuis le bulbe jusque dans les bandelettes.

MARCHAND [2]. — 1° Gliome de la base du lobe temporal droit, ramollissement de la partie avoisinante de la bandelette optique droite : cécité de la partie inférieure droite des deux rétines.

2° Ramollissement du tractus gauche par suite d'un thrombus de l'artère de la fosse de Sylvius : cécité de la moitié gauche des deux rétines.

[1] Klin. Monast. f. Augenheilkunde der Zehender's, mai 1882.

[2] Revue d'Ophtalmologie, 1883. Contribution à l'étude de l'hémianopsie homonyme bilatérale et de l'entrecroisement des fibres dans le chiasma. Arch. f. Ophtalm., XXVIII, pag. 63-96.

3° Ramollissement des couches corticales postérieure et supérieure du lobe occipital droit : cécité de la moitié droite des deux rétines.

Il est des cas de lésions cérébrales ayant produit, non l'hémiopie, mais l'amblyopie croisée. Nous allons en rapporter quelques-uns.

Bernhardt[1]. —Hémiplégie et hémianesthésie droites avec aphasie. L'œil droit semble avoir été amaurotique ; l'œil gauche offrait un rétrécissement concentrique du champ visuel. Il n'y avait pas d'hémiopie. Dépression très étendue de la circonférence externe du corps strié gauche ; partie sous-jacente du cerveau jaunâtre, ramollie. Le corps strié gauche, plus petit que le droit, contenait un foyer de ramollissement kystique. En dedans et en bas, celui-ci s'étend jusqu'au noyau lenticulaire, dont la partie externe est entièrement détruite, ainsi que la substance blanche avoisinante ; la partie externe atteint le lobe temporal, la partie inférieure le ventricule. Second foyer à la limite du prolongement occipital du ventricule latéral.

Müller[2]. — Hémiplégie, hémianesthésie droites. L'œil droit présente une amblyopie très prononcée ; il voit à peine de très grands signes comme de très faibles linéaments, tandis que la vision de l'œil gauche est complètement normale et n'offre aucune trace d'hémiopie. Au sommet du troisième segment du noyau lenticulaire, et de là s'étendant dans la masse médullaire attenante, foyer du volume d'un pois, jaune, plus spongieux et entièrement déliquescent par endroits.

Ballet et Féré[3]. — Hémiathétose et hémianesthésie à

[1] Obs. LXIII de Féré.
[2] Obs. LXVI de Féré.
[3] Obs. LXVII de Féré.

droite. Diminution de l'acuité visuelle et rétrécissement du champ visuel dans l'œil droit. — Atrophie de l'hémisphère gauche, dont toute la partie postérieure est occupée par un vaste kyste ; la partie postérieure de la capsule interne n'est que peu intéressée ; ce sont surtout ses expansions qui sont lésées. En somme, compression plutôt que destruction des éléments du carrefour sensitif.

Féré[1]. — Hémichorée, hémianesthésie droite ; amblyopie droite. L'acuité visuelle est de huit à gauche et de quatre à droite (échelle de Monoyer). Les deux champs visuels sont rétrécis pour le blanc et proportionnellement pour les couleurs. Sur l'hémisphère gauche, plaque d'aspect celluleux, jaunâtre, déprimée, comprenant le pli courbe, le lobule du pli courbe, une partie du lobule pariétal supérieur, avec un prolongement supéro-interne arrivant jusqu'à la scissure inter-hémisphérique dans la partie postérieure du lobule paracentral. La lésion s'étend dans la profondeur jusqu'au voisinage du ventricule latéral, qu'elle n'atteint pas toutefois. Plus haut, elle pénètre également dans l'épaisseur de l'hémisphère à peu près à la même profondeur ; elle n'atteint nulle part la partie postérieure du corps strié. En réalité, la capsule interne n'est pas coupée ; mais elle est fortement atteinte dans ses irradiations.

Nous ajouterons à toutes ces observations celle de :

Huguenin[2]. — Homme de 53 ans, aveugle de l'œil gauche depuis l'âge de 5 ans.

Autopsie. — Nerf optique gauche atrophié. Atrophie de l'écorce cérébrale en deux points symétriques du lobe occipital, plus prononcée à droite qu'à gauche.

Les expériences de Munk et des autres physiologistes, les

[1] Obs. LXVIII de Féré.

[2] Corresp. f. Schweizer Ærzte, 15 novembre 1878.

faits cliniques avec autopsies que nous avons rapportés, établissent d'une manière certaine l'existence de l'hémiopie et de l'amblyopie d'origine cérébrale. Telles sont les conclusions auxquelles est arrivé M. le professeur Grasset, qui, dans un récent travail [1] où il rappelle tous ces faits, a proposé sur le trajet des fibres optiques dans le cerveau un schéma très complet et permettant d'éclaircir certains points encore très obscurs touchant les localisations cérébrales.

Dans ces dernières années encore, on admettait, depuis Newton, la semi-décussation des nerfs optiques dans le chiasma : toute lésion de l'hémisphère cérébral devait nécessairement produire l'hémiopie. C'est là la conclusion d'un travail présenté par de Græffe à la Société de Biologie, en 1860 [2].

Charcot, étudiant l'hémianesthésie chez les hystériques et chez les malades atteints de lésion cérébrale, constata que cette hémianesthésie ne s'accompagnait pas d'hémiopie, mais bien d'amblyopie croisée. Contrôlant alors toutes les observations d'hémiopie avec lésion cérébrale, il finit par admettre qu'il y avait eu erreur dans ces observations ; dès lors l'amblyopie devint le seul trouble fonctionnel que devait déterminer la lésion d'un hémisphère cérébral, et l'hémiopie n'était plus que le résultat obligatoire de la lésion d'une bandelette optique. Ce fut aussi la conclusion d'Abadie [3].

Charcot imagina un schéma qui laissait le chiasma tel qu'il avait été conçu primitivement, avec cette modification toutefois que les fibres externes qui avaient échappé à un premier entre-croisement venaient s'entre-croiser plus loin, dans les tubercules quadrijumeaux par exemple : toutes les fibres d'un

[1] De l'amblyopie croisée et de l'hémianopsie dans les lésions cérébrales. Nouveau schema du trajet présumé des fibres optiques. (*Montp. médic.*, janvier 1883.)

[2] Sur les excavations et les saillies de la papille du nerf optique. Soc de Biol., 27 octobre 1860.

[3] *Progrès médical*, 1875, 107.

même œil se trouvaient ainsi réunies sur le même hémisphère du côté opposé.

Malgré les observations cliniques qui parurent depuis, ce schéma resta classique pendant un certain temps. En 1873, M. le professeur Grasset publiait dans le *Montpellier Médical* l'observation d'un aphasique chez lequel il y avait, avec une hémiplégie et une hémianesthésie droites, une hémiopie du même côté. Il n'insista cependant pas sur ce fait.

Galezowski et Huguenin publiaient des faits analogues en 1876, et dans un nouveau travail[1] le professeur de Montpellier commença à concevoir quelques doutes sur le schéma de Charcot; mais, retenu par la proposition classique de ce dernier, il s'exprimait ainsi : « La physiologie pathologique de l'hémiopie reste cependant encore obscure, car c'est l'amblyopie que l'on observe en général dans les faits d'hémianesthésie d'origine cérébrale ».

Depuis lors, de nouveaux faits s'accumulèrent, aussi bien en France qu'en Allemagne ; des expériences physiologiques furent entreprises[2], et il fallut songer à une revision du schéma de Charcot. Son élève Féré en imagina un nouveau. Il revint pour ainsi dire au schéma primitif, et ne vit plus que de l'hémiopie dans les affections d'origine cérébrale. Ajoutons toutefois que, pour expliquer la vision centrale dans le cas d'amblyopie croisée, il décrivit des fibres à trajet distinct.

Il fallait cependant se mettre d'accord, et du moment qu'il existait des faits avérés de lésion cérébrale avec amblyopie, il devait exister dans le cerveau une disposition particulière des fibres optiques.

[1] *Montpellier médical*, 1878, XL, 494.

[2] Nous signalerons en passant le travail de M. le Dr Nicati, sur la disposition des fibres optiques dans le chiasma, rétablissant par des expériences pratiquées sur le chat et transportées à l'homme la théorie ancienne de la semi-décussation, battue en brèche par Biesiadecki, Mandelstamm, Michel et autres. « Travaux du laboratoire de la rue des Fabres, à Marseille, 1881. »

C'est ce qu'a supposé le savant professeur de Montpellier en proposant un schéma qui fût à la fois capable de nous expliquer l'hémiopie dans certains cas et l'amblyopie dans d'autres.

Ce schéma est tel que l'avaient conçu Newton et de Græffe ; les fibres externes s'entre-croisent aussi une première fois (schéma de Charcot) en arrière du chiasma (vers les tubercules quadrijumeaux par exemple). Poursuivant ces fibres plus loin, M. le professeur Grasset les fait s'entre-croiser une deuxième fois au delà de la capsule interne, avant d'aboutir aux circonvolutions, de sorte que chaque lobe occipital contiendrait les fibres externes de l'œil du même côté et les fibres internes de l'œil opposé.

Si l'on admet cette opinion, ne pourait-on pas faire intervenir, pour expliquer le phénomène de l'hémiopie dans la migraine, un spasme de l'artère cérébrale postérieure, artère qui dessert le lobe occipital ?

Ne pourrait-on pas, d'autre part, toutes les fois que des troubles de la sensibilité générale, de la motilité et de l'intelligence accompagnent le scotome scintillant, incriminer un spasme de l'artère sylvienne à sa naissance, artère chargée de pourvoir à la nutrition de la capsule interne et externe, des ganglions centraux, de la troisième circonvolution du lobe frontal (Broca), du lobe pariétal et de la première circonvolution temporale ?

Du Bois-Reymond, frappé de la ressemblance de l'ensemble pathologique observé sur-lui même pendant un accès de migraine avec le tableau donné par Claude Bernard de l'excitation du grand sympathique, regarde la migraine comme une tétanisation des parois vasculaires innervées par le sympathique cervical.

Pourquoi cette explication ne pourrait-elle pas s'appliquer à la migraine ophtalmique ? Pourquoi n'admetrait-on pas qu'il puisse se produire dans certaines régions du cerveau un spasme artériel qui, entravant plus ou moins complètement la nutrition

de ces régions, serait la cause des phénomènes divers que nous avons décrits ?

Ball [1], étudiant certains faits d'aphasie assez analogues aux nôtres, reprend l'hypothèse de Du Bois-Reymond et les explique par un phénomène semblable à celui que Maurice Raynaud a décrit sous le nom d'asphyxie locale, causée par un trouble local de la circulation, pouvant déterminer une anémie des extrémités susceptible d'aboutir à la gangrène. On comprendrait, au moyen de cette explication, la pathogénie des troubles transitoires et des troubles qui deviennent permanents (Féré).

Féré a émis l'opinion que le carrefour sensitif serait peut-être le siège de ces troubles vaso-moteurs.

En cherchant à préciser davantage, nous n'avons voulu, nous, émettre qu'une hypothèse qui nous a été inspirée par l'étude des faits cliniques et expérimentaux mentionnés ci-dessus.

Si maintenant on nous demande comment se produisent le scotome et le scintillement, nous répondrons encore par une hypothèse. La circulation étant interrompue en partie dans le cône de nutrition qui renferme le centre supposé de la vision, les fibres qui ne recevraient plus de sang, perdant momentanément leurs fonctions, occasionneraient la cécité partielle, tandis que les cellules situées à la périphérie, simplement anémiées, réagiraient et donneraient lieu au scintillement.

Dans le cas où le scintillement seul existe sans scotome, la contracture artérielle serait peut-être moins violente ; l'irrigation continuerait à se faire, et les cellules cérébrales ne traduiraient ce trouble passager que par des phénomènes lumineux.

Nous le répétons, il n'y a là qu'une vue de l'esprit dont nous n'avons aucun moyen de fournir la démonstration.

Quant à la question de savoir si les maux de tête qui accom-

[1] Encéphale, 1881.

pagnent souvent ces symptômes sont le résultat de l'anémie cérébrale ou d'une névralgie du trijumeau, nous répondrons qu'il est assez difficile de se prononcer. D'après nos suppositions, il est impossible d'admettre que des troubles vaso-moteurs, quelquefois si limités, puissent provoquer une céphalalgie parfois si prolongée. D'autre part, les névralgies se distinguent par les douleurs lancinantes et à accès répétés qu'elles provoquent, caractères que nous ne trouvons pas dans la céphalalgie de la migraine ophtalmique.

Terminons par une déduction qui nous paraît logique. Les phénomènes vaso-moteurs qui se passent dans certaines régions du cerveau, et qui amènent des troubles si divers, ne favoriseraient-ils pas, par l'excitation d'abord, par la paralysie ensuite, la rupture des vaisseaux déjà prédisposés ? C'est là du moins notre opinion. Nous allons y revenir dans l'article suivant.

PRONOSTIC.

Toutes les névroses, a dit Charcot, portent en elles-mêmes le germe de lésions matérielles, et une maladie en apparence nerveuse peut devenir, à un moment donné, une maladie organique. La migraine est dans ce cas. « Il n'est pas un des phénomènes habituellement transitoire de cette affection qui ne puisse s'établir à l'état permanent : ainsi l'aphasie, l'hémiopie, la parésie d'un membre, après s'être manifestées d'une manière transitoire nombre de fois, persistent définitivement à la suite d'un nouvel accès. »

Naguère encore on considérait le syndrome : migraine ophtalmique comme un ensemble de phénomènes sans importance. La remarquable observation de Charcot a modifié considérablement le pronostic, qui dans certains cas doit être extrêmement réservé.

OBSERVATION XVII (inédite).

Gross..., 47 ans, commis à la raffinerie de sucre. Comme antécédents morbides, ce malade n'a jamais eu qu'une douleur sciatique qui l'a contraint à garder le lit pendant cinquante jours. Il y a de ça dix-huit ans.

Comme antécédents héréditaires, la mère a eu une attaque, et pendant un an l'œil droit a été paralysé et la bouche déviée à gauche.

Gross... possède un excellent tempérament : il est robuste et n'est inquiété, depuis six ans, que par des accès de migraine ophtalmique qui se répètent tous les mois.

La vue s'obscurcit tout d'abord ; ce trouble commence tantôt par un œil, tantôt par l'autre. Une moitié du champ visuel est bientôt envahie, et Gross... ne distingue plus que la moitié des objets. Le scintillement arrive alors ; le patient le compare à des gerbes lumineuses sans cesse en mouvement ; d'autres fois ce sont des éclairs qui présentent une analogie frappante avec ceux qui précèdent la foudre. La douleur de tête apparaît bientôt, douleur dont le siège est à la tempe et à la région frontale, ou aux deux régions frontales à la fois. Les nausées ne tardent pas à venir et des vomissements bilieux terminent la scène.

Tel a été le caractère des accès jusqu'en février 1882. A cette époque, ils se compliquent, deviennent plus fréquents et paraissent se prolonger davantage. Les premiers avaient tout au plus une durée de une heure et survenaient le matin. Aujourd'hui, ils se prolongent au delà de deux heures parfois et apparaissent à n'importe quelle heure de la journée. De nouveaux symptômes viennent s'y ajouter : c'est une sorte de tremblement dans les muscles de la face et quelquefois de tout un membre. D'autres

fois il éprouve comme des frissons passagers dans tout le corps ou limités exactement à une moitié.

En juin, un accès plus violent que de coutume précède chez lui une attaque d'apoplexie. Gross... tombe sans connaissance, et, quand il revient à lui, le côté gauche est complètement paralysé. Les troubles oculaires avaient débuté par l'œil droit.

Deux mois après, les mouvements étaient revenus au membre supérieur ; seule, la jambe gauche traînait encore, mais légèrement ; le malade commençait à sortir lorsqu'une nouvelle attaque l'emporta, cette fois définitivement.

Nous possédons aujourd'hui un exemple plus frappant encore de la gravité de la migraine dans certains cas, car il se rapporte à un des plus distingués et des plus regrettés Maîtres de notre École. Il y a deux mois, nous rencontrions le professeur F...qui, apprenant le sujet de notre thèse, nous dit : « Tâchez d'amender votre pronostic, car je suis depuis longtemps atteint de l'affection que vous traitez ». Nous nous proposions de lui demander son observation quand, il y a dix jours, nous rendant comme d'habitude à sa clinique, nous apprîmes qu'il avait été enlevé tout à coup dans la nuit par une violente hémorrhagie cérébrale.

Le Dr Féré[1] a publié aussi assez récemment une observation de migraine ophtalmique datant de l'adolescence, à accès répétés et suivis de mort.

OBSERVATION XVIII (*Féré*).

Le nommé X..., 53 ans, avocat, fils de migraineux, sujet lui-même à des migraines qui se répètent tout les huit jours, suivies de vomissements bilieux. A cette époque déjà, il avait des trou-

[1] Revue de Médecine, 1883.

bles légers de la parole. La migraine débutait par les troubles de la vision sous forme d'une demi-couronne de fortifications trémulante, qui durait une journée et même plus ; s'il lisait, il voyait un point noir placé sur le livre, et cela pendant une demi-heure. Puis douleur de tête localisée à la bosse frontale gauche, puis à toute la tête ; quelques heures après, vomissements bilieux.

Un voyage, si court qu'il fût, lui faisait éprouver des accès. En décembre 1881, les migraines ont diminué d'intensité à la suite d'un violent accès.

En octobre, gêne dans la main droite, léger trouble dans la parole par semi-paralysie de la langue avec légère céphalalgie frontale, semi-paralysie de la main droite avec conservation de la sensibilité ; tous ces symptômes s'amendent, mais la paralysie de la main droite s'accentue.

Le 28 décembre, il perdit la parole pendant quelques minutes, et elle resta difficile depuis. Il vient consulter M. Charcot.

Le 6 janvier, en se promenant, trouble de la vision avec céphalalgie à gauche; dans la soirée, difficulté plus grande de la parole ; puis, vers dix heures, accès de suffocation : face pâle, sub-ictérique, yeux hagards, lèvres cyanosées, extrémités froides, aphasie complète ; une heure après, il prononce quelques mots et fait comprendre qu'il n'avait pas perdu connaissance. La commissure labiale droite est deviée en bas, la joue se soulève pendant l'expiration. — Engourdissement à gauche.

7 au matin. Amélioration, parle toujours en bredouillant ; photophobie.

8. Il parle mieux ; plus d'engourdissement à gauche, céphalalgie sans scotome; mais l'après-midi, réapparition de ces phénomènes : parole s'embrouille, nausées.

Amélioration le 9.

10. Scotome reparaît ; engourdissement des extrémités des doigts gauches ; il est deux ou trois heures sans pouvoir parler.

11 au matin. Rémission peu marquée ; puis, une heure après

midi, la respiration se suspendit encore : il paraît y avoir eu perte de connaissance ; céphalalgie intense.

12. Embarras de la parole plus marqué. Ce malade supporte difficilement la lumière; vers midi, recrudescence des accidents et perte de la mémoire : pâleur extrême, extrémités froides, mains animées de vibrations ; puis tout le membre supérieur gauche se mit à s'élever par saccades en même temps que le côté gauche de la face grimaçait. Ces convulsions durèrent un quart d'heure environ, puis le membre inférieur gauche se fléchissait et s'étendait brusquement, puis le membre inférieur droit ; le bras droit ne prit que peu de part à cette agitation. Cela dura au moins deux heures; il s'endormit ensuite. Le lendemain au matin, il fut repris par une attaque convulsive analogue à la précédente.

Enfin le 13, perte subite de connaissance. Il était étendu, la face et les yeux légèrement tournés vers la droite ; si l'on cherche à corriger la déviation de la tête, elle se reproduit aussitôt après ; le cou est raide, le bras droit en avant, le coude reposant sur la partie antérieure du tronc, l'avant-bras et la main fortement fléchis ; si l'on redresse ce membre, il reprend bientôt sa position. Jambe droite rigide et étendue ; la joue gauche est flasque et la déviation de la face déterminée par la paralysie du côté droit est à peu près corrigée ; insensibilité complète; dents serrées et impossibilité de lui introduire dans la bouche une cuillerée de liquide. Cette paralysie à gauche et cette contracture à droite ont été transitoires ; peu de temps après, tout était revenu dans le même état qu'avant l'attaque ; le malade avait même pu bredouiller quelques mots. Mais, dans la soirée, une nouvelle attaque survint, à laquelle il succomba.

La migraine ophtalmique est quelquefois le prélude d'affections tout aussi graves. L'observation de Charcot à laquelle nous faisions allusion plus haut mérite d'être rapportée. Les accidents de la migraine figurent ici comme accidents prodromiques

congestifs de la paralysie générale. Nous en possédons, nous aussi, une observation que nous relaterons après celle du professeur de Paris.

OBSERVATION XIX (*Charcot*[1]).

M... L... est irritable et méticuleux depuis deux ans ; cependant, au mois de juillet dernier, il a pu passer avec succès un examen de droit devant la Faculté de Paris. Les premiers troubles qui ont surtout frappé l'attention remontent au mois de septembre 1881. Il a eu alors une première attaque de migraine ophtalmique, avec scotome scintillant et affaiblissement de la vue du côté droit, accompagnés d'embarras de la parole, de parésie et d'engourdissement du membre supérieur droit. Il est resté troublé pendant huit jours, puis tout est rentré dans l'ordre. — Huit jours plus tard, il a eu une deuxième attaque sans perte de connaissance, avec embarras de la parole. L'intelligence reste obtuse pendant vingt-quatre heures ; il paraît se remettre complètement en apparence ; mais il est nerveux, irrité ; il peut se remettre au travail cependant. — Au mois de février 1882, il a une troisième attaque avec les mêmes symptômes de migraine ; mais, en outre, il a cette fois des secousses convulsives à caractère épileptiforme, avec perte de connaissance. Cela a duré deux heures, ce qui semble indiquer qu'il y a eu une série d'attaques qui ont présenté cette particularité que les secousses prédominaient à droite. A la suite de cette attaque, l'embarras de la parole a persisté. — Huit jours plus tard, il a eu une quatrième attaque du même genre, avec recrudescence de l'embarras de la parole et faiblesse du bras droit. — Enfin, le 5 mai, il a une cinquième attaque avec parésie du bras droit, suivie, le lendemain, d'une parésie du membre inférieur droit. Pendant les cinq ou six jours qui ont suivi, il ne pouvait dire autre chose que «à cause

[1] Progrès médical, n° 31, août 1882.

que ». Le bras droit est resté paralysé pendant un mois. C'est surtout à partir de ce moment que le niveau intellectuel baisse ; il est devenu très enfant ; il est docile, mais très mobile, pleurant et riant avec une grande facilité. Il ne peut presque pas écrire de lui-même, mais il copie cependant une page d'une écriture tremblée. La mémoire est aussi affaiblie que le jugement et la volonté. Il éprouve de temps en temps le scotome scintillant. Vous le voyez s'avancer avec une démarche titubante ; ses mains tremblent, sa langue tremble aussi ; sa parole est à peu près inintelligible ; sa physionomie est caractéristique : le regard éteint, les paupières tombantes, etc. La pupille droite est plus dilatée que la gauche ; elle n'agit que faiblement par l'excitation lumineuse, mieux par la convergence.

OBSERVATION XX (inédite).

Le nommé Beys..., âgé de 48 ans, est entré à l'Asile le 11 avril 1879. Sa feuille clinique porte comme diagnostic : Folie épileptique.

Le père a eu une attaque d'apoplexie en 1874. Il est dément depuis lors. Rien à noter du côté de la mère. Notre malade aurait un accès tous les quinze jours, d'après les renseignements fournis par le beau-frère.

Son raisonnement est assez lucide quelquefois, d'autres fois quelque peu incohérent. Il se plaint de maux d'estomac, s'imagine avoir un appareil électrique sous les pieds ; le corps est le siège de sensations pénibles, douloureuses même. Il éprouve comme une sorte de fourmillement généralisé, plus marqué aux extrémités, pieds, mains, tête ; tous ses muscles paraissent agités de mouvements convulsifs ; le sommeil est assez bon, mais à son réveil le malade se trouve extrêmement fatigué. Par moments, il n'a aucune conscience de sa situation, et déclare que ses jambes et tout son corps ne sont que de bois.

Beys... a présenté les mêmes symptômes pendant quatre ans. Il n'a jamais eu plus de trois à quatre accès épileptiformes par mois.

Depuis le mois de novembre dernier, les accès ont totalement fait défaut, mais le malade nous accuse d'autres sensations. Il éprouve comme une sorte de brouillard qui passe devant ses yeux, suivi bientôt après de lumières en zigzag qui scintillent en tous sens. Une violente céphalalgie frontale ne tarde pas à apparaître. Elle dure de vingt-quatre à quarante-huit heures, accompagnée de nausées.

Beys... est raisonnable : il est susceptible de donner de bonnes réponses ; mais que constatons-nous ? Une inégalité pupillaire très marquée, du tremblement fibrillaire de la langue et des muscles de la face, un rictus naso-labial très distinct quand il parle ; la parole est légèrement tremblante, la force musculaire considérablement diminuée. Nous sommes donc en présence d'une paralysie générale, et les accès épileptiformes du début n'étaient autre chose que les congestions initiales de la paralysie générale à forme congestive. Les troubles sensoriels perçus par le malade établissent d'une façon définitive ce diagnostic.

Le Dr Parinaud[1] a signalé aussi un fait de paralysie générale dont le début est marqué par des accès de migraine ophtalmique. Nous le résumerons.

OBSERVATION XXI (*Parinaud*).

Le nommé W..., 34 ans, entre dans le service de M. Miliard à l'hôpital Beaujon. En juillet 1881, sans prodromes, il est pris subitement de troubles de la vue avec engourdissement du côté droit et embarras de la parole. Le brouillard n'existe qu'à l'œil droit, au milieu duquel apparaissent des taches diverse-

[1] Archives de Neurologie, tom. V, pag. 57.

ment colorées et brillantes, animées d'un mouvement continuel, que le malade compare à un essaim de papillons. Le trouble visuel dure un quart d'heure. L'engourdissement de la face a débuté en même temps que l'amblyopie ; puis la langue s'est prise, puis le bras, le tronc, et en dernier lieu la jambe. La crise totale a duré une demi-heure. Pas de vomissements ni de céphalalgie.

Nouvelle crise cinq jours après, semblable à la première. — Intervalle d'un an sans crise. Pendant ce temps, la parole s'embarrasse d'une façon permanente, la mémoire s'affaiblit ; cocher, il oublie le nom des rues.

Le 23 juillet 1882, pendant son séjour à l'hôpital, nouvelle crise. L'amblyopie transitoire et l'engourdissement ont conservé les mêmes caractères, avec quelques modifications dans leur localisation. Les accidents ont encore débuté par le côté droit, où ils sont restés prédominants ; mais l'engourdissement a aussi envahi le membre inférieur gauche, et le trouble de la vue s'est généralisé à tout le champ visuel. La crise a été moins longue que les deux premières, elle n'a duré qu'une dizaine de minutes. Aucune lésion oculaire ; les pupilles sont égales, réagissent bien ; l'acuité visuelle est normale.

Raullet [1] cite encore deux observations de tabes dorsalis et une d'hystérie, recueillies dans le service de Charcot à la Salpêtrière, ayant débuté par une migraine ophtalmique.

Cette affection peut encore coïncider avec des attaques épileptiformes. Féré rapporte une observation de migraine ophtalmique s'atténuant après l'apparition d'une épilepsie partielle.

Nous nous sommes demandé si, chez certains épileptiques, la névrose oculaire ne serait pas, en quelque sorte, un accès avorté d'épilepsie, et si un père atteint de migraine ophtalmique

[1] Thèse de Paris, 27 juin 1883.

ne pourrait pas engendrer un épileptique. Pendant notre internat, nous avons interrogé les parents à ce point de vue. Nous n'avons pu obtenir aucun résultat bien précis ; nous nous promettons cependant de continuer plus tard nos recherches à ce sujet. Une seule fois il nous a été donné de voir un malade épileptique chez qui les accès débutent toujours par la migraine oculaire. Ce fait mérite, croyons-nous, d'être signalé, car les caractères de la névrose sont tellement tranchés qu'ils ne peuvent être confondus avec certains phénomènes subjectifs qui constituent l'aura de l'épilepsie dans certains cas.

OBSERVATION XXII (inédite).

Le nommé Bur..., âgé de 32 ans, papetier, vient consulter le Dr Nicati et nous raconte ce qui suit :

Il a des accès d'épilepsie tous les mois, il en est averti par une sorte de tremblement des paupières : sa vue se trouble, il voit passer des nuages, puis des éclairs et des flammes qui s'entre-croisent en divers sens. Les accidents commencent toujours par l'œil droit. Dix minutes à un quart d'heure après, il éprouve de la céphalalgie, d'abord frontale, puis pariétale et occipitale ; le corps a de la tendance à se pencher vers le côté droit (côté faible pendant l'accès) et est le siège de frissons passagers. L'accès se termine par des nausées et des vomissements.

Ces accidents le surprennent le plus souvent le matin au lever ; c'est pour lui un signe certain que dans la journée il aura une attaque d'épilepsie. Depuis deux mois, sa vue a considérablement baissé.

Bur... est marié et père de trois enfants. Une petite de 3 ans a eu des convulsions, il y a deux mois. Champ visuel rétréci. Ophtalm. : Scotome central.

Antécédents héréditaires : Aucun.

La migraine ophtalmique peut-elle amener des lésions oculaires ? Szokalski[1] rapporte que dans les cas où cette affection coïncidait avec des lésions cardiaques, Gapner aurait vu de légères hyperémies de la rétine et du nerf optique.

Galezowski, dans une communication à la Société de Biologie[2], fait de cette affection une maladie des vaso-moteurs de la rétine et du centre visuel qui peut aboutir à une thrombose, et cite à l'appui de cette hypothèse quatre observations que nous allons brièvement résumer.

Première observation.—Général S..., 67 ans. 1er février 1881, perte de la vue à l'œil droit depuis cinq jours ; souffrait de migraine ophtalmique depuis plus de vingt ans : scotome hémiopique, éclairs en zigzag, céphalalgie, vertiges. Examen opthalmosc. : Thrombose de l'artère centrale de la rétine droite avec quelques taches hémorrhagiques ; papille blanche, également infiltrée dans sa moitié interne ; artères filiformes ; rien au cœur.

Observation ii.—Mlle A..., âgée de 15 ans, adressée à M. Galezowski par M. le professeur Jaumes, de Montpellier. Affectée de migraine depuis l'âge de 7 à 8 ans : céphalalgie précédant ou suivant le trouble de la vue, éblouissements, éclairs en forme de pluie de feu ou de zigzags.

Le 23 décembre 1880, la cécité de l'œil gauche devient complète et ne cesse qu'imparfaitement après deux ou trois jours. L'examen du fond de l'œil permet de constater une papille blanche, avec légère suffusion séreuse au pourtour, et occupant encore une grande partie de la macula : apparence de la rétine et de la papille tout à fait semblable à celle de l'embolie de l'artère centrale rétinienne ; les artères fronto-temporale et fronto-nasale sont oblitérées et entourées d'une bandelette sclérosique périvasculaire sur une étendue double du diamètre de la papille.

1 Fall. von Flammerscotom. M. d. Warschauer Ærztl. Ges., pag. 278.

2 Séance du 26 novembre 1881.

Même lésion dans les artères inférieures, mais à un degré moindre. Calibre de ces artères sensiblement diminué; en comprimant le globe oculaire avec le doigt, on n'obtient pas de pulsation apparente; les veines sont aussi diminuées de volume.

Rien au cœur. Père goutteux et atteint de migraine vulgaire.

Observation iii. — Y..., âgée de 29 ans. A la suite de couches il y a quatre ans, trouble passager de la vue, zigzags très lumineux et de différentes couleurs pendant le brouillard; céphalalgie, nausées, vomissements. Quelquefois, dans ses accès elle éprouve des secousses dans la jambe et le bras droit; d'autres fois des douleurs rhumatoïdes dans le bras gauche — acuité visuelle diminuée à l'œil gauche, la papille est blanche et les vaisseaux diminués de volume. Il s'agit donc ici d'une atrophie semblable à celle que l'on observe dans les affections cérébro-spinales: la lésion a dû se produire par conséquent dans le centre optique gauche.

Observation iv. — Mme S..., âgée de 52 ans, souffre depuis quatre ans de migraine ophtalmique avec scotome hémiopique gauche, zigzags lumineux, mal de tête, vertige. Dans un accès, elle a eu de l'amnésie: elle ne trouvait pas ses mots ou les confondait les uns avec les autres; ce phénomène s'est présenté trois ou quatre fois. Il y a trois jours, nouvelle crise avec hémiopie gauche, mal de tête, vertiges; mais cette fois la vue est restée trouble: Hypermét: = 4 D; acuité visuelle de l'œil droit normale; celle de l'œil gauche notablement affaiblie. Champ visuel libre, mais il existe une névro-rétinite gauche avec thrombose de quelques capillaires, compliquée de petites hémorrhagies.

Telles sont les quatre observations de Galezowski. Elles ne sont pas très nombreuses, vu le nombre assez considérable de cas de migraine ophtalmique qu'il a constatés, mais elles sont néanmoins très concluantes.

Notre Maître M. le Dr Nicati, qui a toujours examiné très attentivement le fond de l'œil de ses malades, n'a pas encore rencontré de lésions analogues. Cependant, si l'on admet, avec Galezowski, un spasme des vaisseaux rétiniens pendant l'accès, il n'est pas impossible que de semblables altérations puissent se produire si ce spasme se prolonge. L'opinion de M. le professeur Charcot, que nous avons rapportée au début de ce chapitre, serait encore une fois confirmée.

Pour terminer, nous dirons donc, après le savant professeur de Paris, que si, dans l'immense majorité des cas, la migraine ophtalmique est une affection passagère, elle peut revêtir tout à coup un aspect sérieux, et sous des dehors bénins en apparence constituer le prélude de troubles très graves.

DIAGNOSTIC.

Les caractères de la migraine ophtalmique sont tellement nets qu'il est difficile, croyons-nous, de se tromper si l'on a soin de bien interroger son malade. Celui-ci n'est pas toujours précis dans la description des phénomènes subjectifs qu'il a éprouvés. Il suffit alors de lui décrire un accès typique, et on parviendra à l'aide de ce moyen à obtenir de bonnes réponses et à formuler son diagnostic. Si toutefois on conservait quelques doutes, il serait bon de dresser le malade à mieux s'observer. Tous en effet ne savent pas que le trouble visuel qu'ils éprouvent est souvent de forme hémiopique ; en leur indiquant qu'il suffit, pendant un accès, de fermer tantôt un œil, tantot l'autre, ils s'apercevront aisément de ce caractère, ne distinguant plus qu'une moitié de l'objet qu'ils fixent, etc.

La sensation lumineuse, diversement décrite par les patients,

pourra toujours être ramenée à une des formes classiques du scotome scintillant.

Si à ces symptômes viennent s'ajouter la céphalalgie, les nausées et les vomissements, la difficulté dans la parole, des troubles sensitifs, intellectuels et moteurs, il n'y aura plus de doute possible.

Il faudra cependant analyser attentivement les sensations éprouvées par un épileptique avant une attaque. Il dira que sa vue se trouble, qu'il voit des lumières, des feux d'artifice, un globe brillant qui vient de loin et se rapproche peu à peu ; mais il ne nous accusera pas de l'hémiopsie, ni cet aspect particulier du scintillement qui apparaît le plus souvent à la périphérie du scotome.

Les hystériques déclarent aussi quelquefois distinguer une boule lumineuse qui monte à l'horizon et éclate en une gerbe d'étincelles. On s'en rapportera dans ce cas aux troubles divers qui caractérisent l'hystérie : le *clou* hystérique, l'hémianesthésie, l'amblyopie, la sensation de boule, etc.

On ne confondra pas la migraine ophtalmique avec les accès de glaucome, qui s'accompagnent aussi de troubles de la vue et de phénomènes lumineux. Nous avons ici des signes très distinctifs : une diminution permanente de la vision, une augmentation du volume de l'œil, une douleur excessive si on le presse, et une tension exagérée.

TRAITEMENT.

Celui-ci devra s'adresser avant tout à l'état général. Les purgatifs légers seront prescrits toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'un individu prédisposé aux congestions cérébrales, chez les goutteux, les rhumatisants et les alcooliques.

Les anémiques réclament le fer, le quinquina, les viandes

saignantes, en un mot un régime reconstituant; les états nerveux, le bromure de potassium.

Si l'accès revêtait une forme périodique, on ferait usage du sulfate de quinine. Dans un cas où des accès journaliers d'un quart d'heure avaient résisté à la quinine, Szokalski déclare avoir obtenu la guérison avec la solution de Fowler.

Le malade devra éviter toutes les causes provocatrices des accès, les repas copieux, l'abus du tabac, une lecture et les jeûnes prolongés.

Contre l'accès lui-même, on peut, avant son apparition, conseiller au patient l'ingestion d'un verre de vin ou d'une liqueur spiritueuse quelconque, si l'affection survient surtout après un jeûne prolongé ou après un trouble de la digestion à peine commencée.

Dianoux réussit deux fois à abréger l'accès en plaçant la tête dans une position déclive ; une autre fois, l'impression de l'air frais sur le visage produisit le même effet. Ce sont là tout autant d'indications qu'on pourra donner aux malades.

CONCLUSIONS.

La migraine dite ophtalmique est une affection complexe qui peut atteindre le cerveau à la fois dans sa sphère sensitive, motrice et intellectuelle.

De même qu'on a décrit une migraine avec symptômes oculaires, il peut exister aussi des migraines auditive, olfactive et gustative.

La migraine ophtalmique peut coïncider avec certaines névroses, telles que l'hystérie et l'épilepsie.

Son siège serait compris dans le domaine de l'artère sylvienne et de la cérébrale postérieure.

Sa durée varie de quelques minutes à deux heures et plus.

Elle serait le résultat de phénomènes vaso-moteurs par excitation du grand sympathique. L'excitation d'abord, la paralysie ensuite, peuvent favoriser la rupture de vaisseaux déjà prédisposés.

Le pronostic, le plus souvent bénin, sera dans quelques cas extrêmement réservé, car la migraine ophtalmique peut être le prélude d'affections inexorables, telles que la paralysie générale, l'hémorrhagie cérébrale, le tabes dorsalis, ou d'affections oculaires définitives.

Vu :
Le Président-Censeur,
GRASSET.

Vu, bon à imprimer.
Le Doyen,
J. BENOIT.

Permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie.
G. CHANCEL.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(*Arrêté du 22 mars* 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie.

L'alcool et l'éther au point de vue chimique et pharmaceutique.

Physique médicale.

Théorie des ophtalmoscopes.

Botanique et Histoire naturelle médicale.

Donner le caractère distinctif de Solanées, des Borraginées et des Scrofularinées.

Anatomie.

Quelle est la texture du cristallin ?

Anatomie Pathologique et Histologie.

Du myome.

Physiologie.

Phénomènes mécaniques de la respiration.

Pathologie médicale ou interne.

Quelle est la marche naturelle de la pneumonie franche ?

Pathologie chirurgicale ou externe.

De l'ophtalmie scrofuleuse.

Thérapeutique et Matière médicale.

Des diverses préparations ferrugineuses, leurs médications spéciales.

Opérations et Appareils.

Des pansements à l'alcool.

Médecine légale et Toxicologie.

Diagnostic médico-légal des blessures *post mortem*.

Hygiène.

Du revêtement des chaussées des villes et du drainage de leur sous-sol.

Accouchements.

De la version par manœuvres internes.

Clinique interne.

De la température dans la fièvre typhoïde.

Clinique externe.

La tumeur blanche scrofuleuse et rhumatismale. Diagnostic différentiel.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

De la paralysie générale.

Titre de la Thèse à soutenir.

Contribution à l'étude de la Migraine dite ophtalmique, et de ses diverses manifestations.
